



MÁSTER EN ARTETERAPIA Y EDUCACIÓN ARTÍSTICA PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

ARTETERAPIA CON ENFERMEDAD MENTAL. ANÁLISIS Y REPERCUSIÓN DE LA MASCULINIDAD EN EL TRAUMA

TRABAJO FIN DE MÁSTER

CURSO: 2011-2012

ESPECIALIDAD: *Ámbito Clínico*

Morán del Amo, Lucía

Septiembre

DNI: 11972833-E

TUTORA: Catalina Rigo Vanrell

Departamento de Plástica. Facultad de Educación.

Universidad Complutense de Madrid

“Lo que es visible es una realidad que esconde a otra, una realidad más profunda que se oculta, y el descubrimiento de esa realidad, constituye el verdadero propósito de la cognición científica”.

Godelier 1972: 24 (citado por Ritzer 1997: 418)

1. ÍNDICE

1. Índice	3
2. Resumen	5
3. Introducción	7
4. Objetivos	9
5. Unidad de Análisis	9
6. Marco Teórico	10
6. 1. Enfermedad Mental	10
6. 2. Arte, Arteterapia y Enfermedad Mental	14
6. 3. Masculinidad	16
6. 4.. Trauma	20
7. Observación en el hospital	23
7. 1. Metodología	25
7. 2. Ejemplos de casos observados:	26
7. 2. 1. Olivia	27
7. 2. 2. Iria	33

7. 2. 3. Paula	39
7. 2. 4. Agustín	43
7. 2. 5. Felipe	50
7. 2. 6. Raúl	56
7. 3. Cuadro análisis común	59
7. 4. Entrevistas.	60
8. Conclusiones	61
9. Bibliografía	62
10. Anexos	67

2. RESUMEN / PALABRAS CLAVE / ABSTRACT / KEYWORDS

Resumen: Este trabajo es una primera introducción desde el arteterapia hacia un abordaje que refleja la situación de desigualdad de género existente en la sociedad en la que vivimos y en qué medida puede afectar a personas diagnosticadas de enfermedad mental a la hora del reconocimiento y la elaboración de un trauma.

Está estructurado en tres grandes apartados. En la primera parte hacemos una indagación teórica adentrándonos en las consideraciones que tiene la enfermedad mental, los tipos de clasificación, su determinación y su respuesta social. También hablamos sobre el trauma y sus consecuencias desde el punto de vista del diagnóstico y su evolución. Abordamos la intervención desde el arteterapia en hospitales psiquiátricos pasando por el descubrimiento de artistas reconocidos cuyas primeras manifestaciones fueron desde el propio hospital, lo que se consideró Art Brut.

En la segunda parte realizamos un análisis de los diferentes casos observados desde la práctica a personas ingresadas en un hospital psiquiátrico de día que han pasado por un proceso terapéutico desde el arteterapia. Nos acercamos a hacer el estudio de seis casos, tres de mujeres y tres de hombres, y ver de qué forma evidencian sus patologías, sus historias de vida, sus hábitos, y su reconocimiento de experiencias vividas.

Finalmente elaboramos las conclusiones de este trabajo para proponer una posible investigación más en profundidad.

Palabras clave: Enfermedad mental, masculinidad, trauma, arteterapia, género

Abstract: This paper introduces, through art therapy, an approach that reflects the gender inequality situation in our society and how much it can affect people diagnosed with mental health disorders when acknowledging and processing trauma.

It consists of three chapters: The first part consists in a theoretical research regarding how mental health disorders are considered, the coding systems used, what

determine them and the social response they get. It is also about trauma and its consequences from a diagnosis and development point of view. This research approaches intervention from art therapy in psychiatric hospitals; including the discovery of famous artists whose first works were created in a hospital, which was named Art Brut.

The second part comprises an analysis of different case studies of people admitted to an outpatient psychiatric hospital who had gone through an art therapy intervention. Six cases, three women and three men, are approached in order to find out in which way they show their pathologies, life stories, habits and experiences.

Finally, conclusions are drawn and a further research on this topic is proposed.

Keywords: Mental Illness, masculinity, trauma, art therapy, gender

3. INTRODUCCIÓN

Desde el momento en que comencé a utilizar mis alas para volar, y a aprender a compartir mis inquietudes, experiencias, movilidades, mi vida con el mundo, fuera del cobijo familiar, he tenido interés por descubrir qué pasaba en esa sociedad que diferenciaba a la humanidad en dos tipos de personas con características, obligaciones, peculiaridades, y por qué no, hasta derechos dispares, y en algunos casos, incluso opuestos.

Me pregunto entonces si lo que a mí me empezaba a remover en ese momento, o lo que yo había vivido siempre de otra manera, o al menos eso me parecía a mí, sería tan dispar. Y por qué el resto del diferente mundo que se abría ante mis pasos no aceptaba la igualdad de género que para mí ni siquiera había sido nunca cuestionada. Se me dispara la inquietud de investigar y conocer el por qué de esas diferencias, y de salir de la burbuja, hasta ese momento, única posibilidad de vida, que a veces nos encontramos para descubrir el mundo que ya existía a mi alrededor.

A raíz de mis prácticas en el Hospital Psiquiátrico, se me brinda la oportunidad para proseguir, o comenzar a preparar un proyecto para una futura investigación, sobre un tema que ya había sido detectado en el propio hospital, pero que no se llevaba a cabo por falta de tiempo, y que podría formar parte de un trabajo ya en curso, y realizado por la arteterapeuta del centro, sobre el trauma y cómo impacta en los individuos.

Desde el trabajo transdisciplinar que se lleva a cabo en el hospital, realizado por la psicóloga y la arteterapeuta, y también, aportando una ampliación a ese proyecto ya mencionado sobre el trauma, se realizó una contribución específica sobre el ciclo de violencia intrafamiliar en las mujeres.

Este estudio que ahora presento, y que es una preparación para un proyecto futuro, aportaría la visión desde la parte del hombre, aunque más concretamente del género masculino, y su afrontamiento para reconocer y elaborar el trauma, dentro del hospital psiquiátrico, desde el taller de arteterapia.

Podríamos buscar las inquietudes que me mueven a trabajar con personas con enfermedad mental, retrocediendo a mi descubrimiento del arteterapia como una disciplina posibilitadora de una mejoría bio-psicológica en el ser humano, y la relación que, yo al menos, veía clara con los pacientes diagnosticados de enfermedad mental.

4. OBJETIVOS

GENERAL

- Plantear un primer estudio analizando la situación social actual con respecto al género, y si esto podría afectar o no, a la hora de la elaboración del trauma desde el arteterapia con enfermos mentales.

ESPECÍFICOS

- Observar a pacientes de un hospital psiquiátrico de día.
- Entrevistar al equipo profesional del hospital para conocer su opinión sobre el tema especificado.
- Investigar sobre el condicionamiento social de la masculinidad.
- Conocer las características de las diferentes patologías que se presentan en un hospital psiquiátrico.
- Indagar en las diferentes aportaciones que se han realizado desde el arteterapia con enfermos mentales.
- Examinar las consecuencias del trauma en la enfermedad mental.

5. UNIDAD DE ANÁLISIS

Personas diagnosticadas de enfermedad mental que han pasado por un proceso terapéutico desde el arteterapia en un hospital psiquiátrico de día.

6. MARCO TEÓRICO

Para conocer cómo está la situación actual de los puntos que nos interesan tratar, y poder entender mejor los diferentes casos en los que indagaremos en la parte experiencial de este estudio, vamos a hacer un breve recorrido teórico para familiarizarnos más con cada término, y saber un poco más sobre aspectos importantes para nuestra investigación.

6. 1. ENFERMEDAD MENTAL

Aunque actualmente carece de una definición que alcance todas las posibilidades, lo podríamos comprender como una alteración de tipo emocional, cognitiva y/o del comportamiento en que quedan afectados procesos psicológicos básicos y que dificulta a la persona en su adaptación en el entorno cultural y social en un tiempo duradero y recurrente (Faher, 2003: 5).

Cada trastorno mental, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM–IV, es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad.

Puede ser por diferentes causas y no todas tienen que seguir necesariamente el mismo patrón.

Según un estudio realizado por la Unitat per a la Integració de Persones amb Discapacitat, sobre datos publicados por la Junta de Andalucía en base a distintas encuestas, una de cada cuatro personas padece alguna enfermedad mental a lo largo de su vida.

Sin embargo, socialmente, la consideración de la enfermedad acarrea connotaciones negativas, que llevan a sentirla como déficit, como obstáculo para las relaciones, como no-natural, generando actitudes de negación o de rechazo social, que en ocasiones saturan de sentimientos de culpabilidad a quienes la padecen (del Río, 2006: 98).

El estigma existente con personas diagnosticadas de enfermedad mental, puede llevar a hacerles sentir inferiores.

“...Uno no puede estar luchando continuamente contra sí mismo. Entre otras cosas porque es una batalla que tiene perdida. La persona tiene que encontrar la manera de aceptarse y de quererse” (Ramos, 2012: 23).

Profundizando un poco más en cada caso que nos podemos encontrar en un hospital psiquiátrico, y con la finalidad de poder entender mejor la parte práctica de este trabajo, vamos a hacer una revisión, a grandes rasgos, de las características teóricas de los diagnósticos de los pacientes observados uno por uno, según nos facilita el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-IV.

Trastorno de Personalidad

Narcisista:

“La característica esencial del trastorno narcisista de la personalidad es un patrón general de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía que empieza al comienzo de la edad adulta y que se da en diversos contextos...

...sobrevaloran sus capacidades y exageran sus conocimientos y cualidades...

...pueden asumir que el otro otorgue un valor exagerado a sus actos y pueden sorprenderse cuando no reciben las alabanzas que esperan y que creen merecer...

...creen que son superiores, especiales o únicos y esperan que los demás les reconozcan como tales...

...de forma implícita a la exageración de sus logros puede infravalorarse la contribución de los demás.” (Pichot, 1995: 674).

Suelen demandar una admiración y atención excesiva. Su autoestima es frágil. Generalmente carecen de empatía y tienen dificultades para reconocer los deseos y sentimientos de los demás (Pichot, 1995: 675).

Obsesivo-compulsivo

Comienza en la edad adulta, y las principales características son: preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal. Suelen emplear mal el tiempo, y las tareas más importantes las dejan para el último momento. Esa búsqueda de perfección y los altos niveles de rendimiento que se autoimponen causan a estos sujetos una disfunción y un malestar significativos.

Muestran una dedicación excesiva al trabajo y a la productividad, con exclusión de las actividades de ocio y las amistades, y cuando las realizan se las toman como tareas serias que exigen una cuidadosa organización y un duro esfuerzo para hacerlas bien.

Pueden forzarse a sí mismos y a los demás a seguir unos principios morales rígidos y unas normas de comportamiento muy estrictas. Y ser crítico despiadado con sus propios errores.

Son reacios a delegar tareas en otras personas porque piensan que no lo van a hacer bien, ya que para ellos existe una única forma correcta de hacer las cosas, y les cuesta estar de acuerdo con las ideas de los demás (Pichot, 1995: 685-687).

Psicosis:

...ideas delirantes y alucinaciones manifiestas, debiendo presentarse estas últimas en ausencia de conciencia de su naturaleza patológica. Más amplia la definición basándonos en síntomas: lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico.

Pérdida de las fronteras del ego o un grave deterioro de la evaluación de la realidad... (Pichot, 1995:279).

Esquizofrenia.

...Alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de síntomas de la fase activa (manifiesta dos o más de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos)...

...En cuanto al patrón familiar, hay que tener en cuenta que los familiares de primer grado de consanguinidad de los sujetos con esquizofrenia presentan un riesgo de padecer la misma enfermedad aproximadamente diez veces superior al de la población general... (Pichot, 1995:279).

Depresión con síntomas melancólicos.

...pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades, o una falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros. El estado de ánimo depresivo de los sujetos no mejora, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno...

...una casi completa ausencia de capacidad para experimentar placer y no sólo una simple disminución... (Pichot, 1995: 391).

Trastorno del pánico

Según la National Alliance on Mental Illness se dice que una persona padece de trastorno del pánico cuando sufre cuatro o más ataques de pánico en cuatro semanas, o han sido menos, pero vive con constante miedo de que se produzca otro ataque.

La American Psychiatric Association añade, además, que para su diagnóstico, se deben producir al menos cuatro de los siguientes síntomas:

- Sudor
- Falta de aire
- Latidos rápidos o agitados
- Dolor de pecho
- Sensación de mareo
- Sensación de ahogo o asfixia
- Sensación de aturdimiento u hormigueo
- Escalofríos o golpes de calor
- Desmayo
- Temblores
- Náuseas o dolores abdominales
- Sentimiento de irrealidad o desconexión

- Temor a perder el control, “enloquecer” o morir

El malestar y la sensación de peligro es tan intensa, que creen que están sufriendo un ataque al corazón o cualquier otra enfermedad que ponga en peligro su vida.

Agorafobia

El ágora era la plaza principal de las ciudades griegas.

Una persona con agorafobia tiene temor a estar solo, sobre todo en espacios públicos y llenos de gente. También a desplazarse o viajar solo. Les obliga a permanecer en el hogar, lugar que consideran el único sitio seguro.

Limita las actividades físicas y familiares, y puede producir incapacidad laboral.

Delirio

“...alteración de la conciencia y un cambio de las funciones cognoscitivas... ... que se desarrollan a lo largo de un breve período de tiempo, habitualmente horas o días... A través de la historia, del examen físico o de las pruebas de laboratorio se demuestra que el delirio se debe a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica, de la intoxicación por o la abstinencia de sustancias, del consumo de medicamentos o de la exposición a tóxicos, o de una combinación de estos factores.” (Pichot: 130).

“Las alteraciones perceptivas pueden incluir interpretaciones erróneas, ilusiones o alucinaciones.” (Pichot: 130).

6. 2. ARTE, ARTETERAPIA Y SALUD MENTAL

La relación entre arte y enfermedad mental ha sido objeto de estudio en numerosas ocasiones. Desde la medicina o la psiquiatría se han realizado investigaciones a pacientes que en un determinado momento, y sin tener las causas muy claras, comienzan una actividad artística.

Haciendo un recorrido por publicaciones relacionadas diremos que parece ser que el estadounidense Benjamin Rush en 1800 fue el primero en iniciar una colección con obras de los que consideraban “locos” y que por entonces decían que eran una especie rara que manifestaba su alteridad en dibujos extraños.

Por entonces, muchos profesionales sanitarios se acercaban a las obras de sus pacientes movidos por el exotismo y el paternalismo (Marxen, 2011: 17).

A principios del siglo XX, concretamente en 1921, Walter Morgenthaler, con su trabajo *Ein Geisteskranker als Künstler* (Un paciente psiquiátrico como artista), basado en las obras de Adolf Wölfli. También otra publicación realizada por Hans Prinzhorn en 1922 *Expresiones de la locura* que se fundamenta en el estudio de la colección de Heidelberg.

Existe una colección del Bethel Mental Asylum de Londres, y otra colección iniciada por el psiquiatra alemán Emil Kraepelin.

La consideración del mundo del arte hacia estas manifestaciones no es hasta la década de los cuarenta con Jean Dubuffet. Y es entonces cuando lo bautiza como *Art Brut* (Cares y Ramírez, 2011: 210).

Para este movimiento, el genio está liberado de todas las convenciones, de todas las normas sociales y de las leyes.

Un aspecto común que tienen el Art Brut y el arteterapia es que no crean para un público. También que el proceso es más importante que el resultado. Aunque muchas obras de Art Brut hoy en día se hallan en instituciones artísticas.

Los talleres de arteterapia en la salud mental se han ido desarrollando por diferentes países a lo largo del tiempo. En los años 80 comenzó a desarrollarse el arte dentro de la psiquiatría, y a ingresar arteterapeutas en el mercado laboral como profesional de la materia. Son Thomas Schwarm y Andrea Bernzen, en 1983, los primeros que comienzan a trabajar como arteterapeutas formados, en la clínica Alexianer de la ciudad de Münster, en Alemania (Roth, 2010: 19).

Las pinturas de enfermos mentales en España han sido para la psiquiatría, desde los inicios del siglo XX, un instrumento de apoyo en el diagnóstico. El psiquiatra

alemán Herman Simon (1936) evaluó que las actividades artísticas podían exacerbar los delirios (Hernández, 2010: 74).

En un estudio sobre el potencial relacional del Arteterapia en la Intervención psicoterapéutica temprana de la psicosis, Pamela Reyes nos detalla algunas características que aporta el arteterapia a los proceso terapéuticos, específicamente para personas diagnosticadas de esquizofrenia o de otros trastornos psicóticos.

Killick (1997) sostiene que en las personas psicóticas los objetos de arte sostienen el material proyectado hasta que los pacientes pueden ser capaces de relacionarse con la mente del terapeuta.

Sarra (1998), señala que a través de la imagen, un individuo puede comunicar tanto lo racional como lo irracional y encontrar una aceptación interpersonal que no tiene que amenazar la integridad del creador. Esto puede ayudar a afirmar un sentido del yo, que puede no estar claro en la esquizofrenia y que puede verse amenazado dentro de un contexto institucional (Reyes, 2007: 110).

La actividad artística conlleva a menudo un efecto regresivo para los adultos. Es el medio a través del cual los adultos conectan con las necesidades del niño que llevan dentro, y la arteterapia permite acceder a los estados de desarrollo tanto del niño como del adulto (Mortier) (rescatado de Marxen, 2011: 91). A través del juego pueden los pacientes abandonar rigidez psicológica y comprometerse en un trabajo que permite y requiere cierta espontaneidad (Molloy, 1997).

“El arte como parte integral de su entidad y por su carácter privado y espiritual, posee un papel fundamental en la lucha por la supervivencia. El instinto generador de formas es un modo de relación con el universo, un acto de crecimiento individual y colectivo que nos adscribe al mundo.” (Cury, 2007: 74).

6. 3. MASCULINIDAD

Antes de empezar a hablar de masculinidad debemos tener clara la diferencia entre sexo y género, ya que a veces se confunden o se utilizan de forma aleatoria en diferentes contextos y para el mismo fin, e incluso se ha llegado a utilizar la palabra género para referirse exclusivamente a la mujer o al feminismo.

Hablamos de sexo cuando nos referimos a algo biológico, los cromosomas son los que determinan a cuál de los dos existentes pertenecemos. De los 46 cromosomas que tiene cada célula en el cuerpo humano, dos de ellos, el X y el Y definen si estaremos encasillados bajo la calificación de hombre, en caso de tener uno de cada, o de mujer, si se tienen dos cromosomas X.

En cuanto al género es una construcción social y/o educacional. Son características que se han inculcado para los distintos sexos, y pueden variar en función del contexto histórico en el que nos encontremos. Según Almudena Hernando, la identidad de género es un conjunto de valores, comportamientos y creencias que diferencian la actitud con que nos enfrentamos a la vida los hombres y las mujeres.

Si hablamos de la persona que se ocupa de las relaciones familiares, son personas afectivas, tiernas, preocupadas por los demás, y más orientadas en el ámbito de lo social, todos y todas pensaremos enseguida que nos referimos, a grandes rasgos, a características propias de la mujer. Sin embargo si nos referimos a una persona fuerte, con dotes de poder, competitiva, ambiciosa y fría, nuestra mente nos llevaría a pensar que de lo que estamos hablando es de un hombre (Barberá y Martínez, 2004: 4). Sin embargo, para ser más precisos, en el primer caso deberíamos decir que son características asignadas a la feminidad, para mujeres, y en el segundo caso a la masculinidad, para hombres.

Los estudios de género nacen del activismo político por la lucha de las mujeres, y nos encontramos diferentes posicionamientos al respecto. Al comienzo solamente evidenciaban cuestiones relacionados con mujeres, pero con el paso del tiempo los estudios han avanzado incluyendo la opresión del hombre.

Según Almudena Hernando, el ser humano ha necesitado desarrollar una serie de mecanismos de orientación en el mundo, a través de los cuales generar la sensación de seguridad y control sobre las circunstancias que le rodean. No existen identidades naturales o dadas. Todos los seres humanos estamos dotados de las mismas capacidades cognitivas y afectivas (aunque puedan desarrollarse en grados distintos) y las mismas posibilidades de utilizarlas para nuestra supervivencia, sólo que las modelamos de manera distinta, pues a una relación material dada con la

realidad, tiene que corresponder un cierto modo de entenderla para que las acciones sean operativas para la supervivencia (Hernando, 2000: 106).

“... puede decirse que todos los seres humanos razonamos igual y tenemos las mismas emociones, pero también que no todos modelamos igual nuestros sentimientos, ni potenciamos los mismos, ni expresamos las mismas razones para justificar el mismo fenómeno. Y eso sucede porque creemos que vivimos en realidades diferentes, porque seleccionamos partes distintas de la realidad en las que creer que nos incluimos y por tanto, con las que interaccionar; porque, en consecuencia, nos interrelacionamos de distintos modos con lo que nos rodea, nos identificamos con distintas cosas y seres, nos construimos internamente de distinto modo..., tenemos identidades distintas...” (Hernando, 2000: 15).

Diferentes corrientes han ido derivando explicaciones sobre la condición de masculinidad. Una de ellas es la orientación sociobiologista, que sostienen la existencia de un “eterno masculino” y explica el comportamiento humano en términos de herencia genética y de funcionamiento de las neuronas. Son herederos de las tesis de Darwin, y sostienen que los sexos no están hechos para entenderse sino para reproducirse. Considera que la condición de los hombres es innata y viene dada por los espermatozoides, así como la de las mujeres por los ovarios (Badinter, 1996: 45).

Desde el punto de vista de Eugene Monick, desde su posición esencialista, los hombres son: falo (erección y nunca un pene flácido). El mundo de la masculinidad es un mundo interior que nada tiene que ver con lo social y es común en todos los tiempos (Monick, 1994: 14).

Por otra parte se encuentran los que dicen que la construcción de la identidad masculina surge de un doble proceso, la identificación con un modelo masculino y el repudio o la diferenciación de la feminidad. Para Kimmel la hombría es una búsqueda de demostración de su logro durante toda la vida. La adquisición de la identidad de género masculina tiene como indicador “el impulso de repudiar a la madre”, lo cual tiene tres consecuencias para el muchacho. La primera empujaría “lejos a su madre real, y con ella los rasgos de acogida, compasión y ternura que pudiera haber encarnado”. La segunda consecuencia es que tiene que suprimir en sí mismo tales rasgos, cuya posesión revelaría “su incompleta separación de la madre”. La identidad masculina nacería de la renuncia a lo femenino, no de la

afirmación directa de lo masculino, con lo cual, dejaría a la identidad de género masculino tenue y frágil. Y en tercer lugar, el joven llega a aprender que debe “devaluar a todas las mujeres en su sociedad, como encarnaciones vivientes de aquellos rasgos de sí mismos que ha aprendido a despreciar” (Kimmel, 1997: 53).

Elizabeth Badinter nos brinda una argumentación que da fundamento a los conceptos de identidad y diferencia. Para el primero nos dice que la adquisición de una identidad, ya sea social o psicológica, es un proceso que implica una relación positiva de inclusión y una negativa de exclusión. Uno se define en base a semejanzas y diferencias (Badinter, 1993: 60).

“La necesidad de diferenciarse del otro no es un producto del aprendizaje sino una necesidad arcaica (...) El acto cognoscitivo empieza a operar a partir de la distinción y la clasificación, pero sobre todo, a partir del dualismo. El niño aprende a clasificar gentes y objetos en dos grupos, uno parecido a él, el otro opuesto.” (Badinter, 1993: 108).

Kaufman enumera, en su texto las siete “p’s” de la violencia de los hombres, peculiaridades que pueden darnos más datos sobre las características de la masculinidad.

1. Poder patriarcal
2. Percepción de derecho a los privilegios
3. Permiso
4. Paradoja del poder de los hombres
5. Armadura psíquica de la masculinidad
6. Masculinidad como una olla psíquica de presión
7. Pasadas experiencias

Uno de los factores que propone Gilmore es una tendencia humana universal a huir del peligro y a buscar consuelo en el regazo de la madre. Esto lo denominaría regresión psíquica. Por lo tanto, la lucha por la masculinidad sería una batalla contra dichos deseos y fantasías regresivas (Gilmore, 1994: 222).

La satisfacción de los deseos masculinos ha sido durante muchos años el objetivo tanto de hombres como de mujeres (Hernando, 2000: 12).

Para concluir todo lo mencionado, decir que no debemos olvidar la explicación social, ya que según Gilmore, que ha recogido varias reseñas sobre la sociedad tahitiana que datan desde el siglo XVIII;

“...que las diferencias entre los sexos no están muy marcadas en Tahití, sino que son más bien ‘borrosas’ o ‘difusas’. Los varones no son más agresivos que las mujeres, ni las mujeres más ‘tiernas’ o ‘maternales’ que los hombres. Además de tener personalidades similares, los hombres y las mujeres desempeñan papeles tan parecidos que casi resultan indistinguibles” (Gilmore, 1994: 198-199).

Se sabe de dos niños que vivieron en un mundo salvaje durante los primeros años de sus vidas en el siglo XIX; fueron criados por animales y posteriormente encontrados por Malson que escribió sobre ellos. Estos niños mostraban dificultades para distinguir entre lo que se entendía como algo masculino de lo femenino, y la educación no contribuyó a adquirir los patrones de género (Fonseca, 2005: 137).

A los hombres, como rasgo de género masculino, se les plantea la exigencia de no dejarse capturar por la así entendida debilidad de la vinculación emocional, y, por lo tanto, reprimen los aspectos asociados a la indefensión y vulnerabilidad. Al asociarse la expresión emocional con la debilidad, formará parte del “hacerse hombre” el dominar las emociones que podrían llevarlo a posiciones de fragilidad y falta de control (Levinton, 2000: 72).

6. 4. TRAUMA

Aunque Freud fue el primero que comenzó a utilizar de forma sistemática esta palabra dentro del ámbito de la psicología, para describir las heridas psíquicas que puede sufrir una determinada persona como consecuencia de un acontecimiento o situación que influya de forma negativa en su vida psicológica (Bonhome, 2000: 1), no fue hasta 1980, fecha en la cual la American Psychiatric Association incorpora en el DSM III el diagnóstico de trastorno por Estrés Post Traumático, el trauma no había tenido una entidad propia dentro de la enfermedad mental. Es entonces cuando se expone que los efectos psicológicos del trauma producen profundas alteraciones en

los mecanismos hormonales relacionados con la respuesta biológica al estrés y al procesamiento de la memoria.

Los comportamientos traumáticos se generan por efectos de aprendizajes, de circunstancias dolorosas (Cornejo, 2009).

Las personas que han sufrido una experiencia traumática han estado expuestas a un cambio drástico, inesperado y, por qué no, dramático en sus vidas. Su sentido de seguridad se ha visto alterado y, en muchos casos, roto su vínculo de confianza con los otros seres humanos (Cury, 2007: 72).

El primer movimiento que revela y reconoce el trauma como un hecho con consecuencias graves para la salud mental, fue un estudio realizado por Jean Marie Charcot, en 1887, quien postuló de forma pionera que los síntomas de las pacientes llamadas “histéricas” tenían su origen en historias traumáticas.

El trauma es invisible para su víctima.

La invisibilidad de la situación traumática tiene que ver con la intensidad de ese suceso doloroso, suceso al que resulta prácticamente imposible de poner palabras.

La experiencia traumática está considerada una de las principales causas de la psicosis.

La Arteterapeuta Mónica Cury, a través de su investigación en el Hospital de día psiquiátrico Puerta de Hierro, en Madrid, ha podido observar la presencia del trauma en la psicosis en distintas formas, aumentando siempre la sintomatología general y el consecuente deterioro de los pacientes (Cury, 2007: 73).

Charcot adopta el concepto de *condition seconde*, que define como el estado en el cual, un paciente adopta una serie de acciones de las cuales no es consciente. Es el término que luego pasó a llamarse *inconsciente*.

Algunos de los diferentes posicionamientos que nos podemos encontrar sobre el trauma son. Desde Freud, que postula que un trauma se produce tras un incidente traumático que provoca emociones fuertes. Supone necesario un conflicto interno de emociones, para que se produzca una acumulación de energía, y una falla en el consumo de la energía.

Por lo tanto, para Freud, un trauma no es el producto, única y exclusivamente, de un suceso, o de una emoción, sino que se tienen que producir los dos hechos a la vez.

Desde el punto de vista del conductismo, intenta explicar el trauma desde modelos que expliquen los procesos patológicos, utilizando un modelo de aprendizaje. Una respuesta se aprende en reacción a un estímulo determinado. A nivel terapéutico, lo que hay que hacer es modificar ese estímulo para obtener otra respuesta.

7. OBSERVACIÓN EN EL HOSPITAL

La observación que me ha llevado a la realización de este trabajo, ha sido elaborada desde un hospital que está integrado en la red de prestaciones de la salud pública de la Comunidad de Madrid.

Cubre una población de 325.000 habitantes.

Sus instalaciones están específicamente diseñadas para Hospital de Día Psiquiátrico. Es un edificio independiente del Hospital General.

Su cobertura de plazas es de 15 pacientes en régimen de día para adultos.

Cuenta con un equipo profesional formado por: un coordinador, dos psiquiatras, una psicóloga, una enfermera especialista en salud mental, un terapeuta ocupacional, una arteterapeuta, una administrativa, una celadora y una limpiadora.

Los objetivos planteados desde el hospital:

- Proporcionar tratamiento integral intensivo ambulatorio a pacientes con Trastorno Mental Grave en procesos agudos y subagudos
- Disminuir las necesidades de hospitalización completa
- Recurso terapéutico intermedio entre el Centro de Salud Mental (posteriormente CSM) y la Unidad de Hospitalización Breve (posteriormente UHB)
- Permitir la continuidad del proceso de estabilización clínica en el período post-alta de UHB
- Complementar el tratamiento ambulatorio de los CSM
- Reducir la sintomatología psiquiátrica, favorecer la conciencia de enfermedad, dotar de estrategias de afrontamiento y promover el mejor nivel de funcionamiento individual, familiar, laboral y social
- Prevenir recaídas y evolución hacia la cronicidad
- Facilitar apoyo al entorno inmediato y dotar a sus familiares de psicoeducación y estrategias de afrontamiento que les permita afrontar la enfermedad
- Programa especialmente adaptado al abordaje de las fases iniciales de trastornos psicóticos y bipolares.

El dispositivo de Hospital Psiquiátrico de día, es el centro al que derivan aquellos pacientes que han sido previamente ingresados en el hospital.

Las sesiones de arteterapia se realizan todos los miércoles y su duración es de una hora y media. La dinámica que se emplea suele ser la de dejar libertad a los participantes, sin marcar consignas, aunque sí se les hace una pequeña introducción para que elaboren más aquello que están trabajando con otros profesionales, de tal forma que la evolución sea más rápida y profunda, ejecutado desde un trabajo transdisciplinar. Además de una coordinación con el resto del equipo, psiquiatría, enfermería, terapia ocupacional y psicología.

Detallamos a continuación los ejes generales de intervención, desde este taller, que apoyan siempre a los objetivos del hospital, y han sido facilitados por la arteterapeuta del centro.

- Favorecer la comprensión de emociones y experiencias, especialmente cuando su verbalización es difícil a través de una vía diferente de expresión.
- Promover el autoconocimiento y la reflexión, proporcionando un tiempo y un lugar propios, de atención a sí mismo.
- Facilitar la integración coherente de estímulos exteriores e interiores, favoreciendo una disminución de la ansiedad.
- Estimular el desarrollo de las potencialidades individuales, facilitando el sentimiento de “sentirse capaz”.
- Favorecer la relación con el medio físico y social, promoviendo vínculos basados en la capacidad y en la salud.
- Generar un espacio cualificado para la reflexión y el análisis, favoreciendo la comprensión, la elaboración y la integración de sentimientos, emociones o experiencias que generan malestar.
- Desarrollar actitudes más flexibles, facilitando la adaptación al medio.

A través de una metodología que permita:

- La creación de un conjunto de imágenes que pueden ser continuamente retomadas, analizadas y resignificadas de forma conjunta, transversal o longitudinalmente.

- La integración de tiempos y experiencias vitales: recuerdos, sueños, deseos, fantasías... dentro de un aquí y un ahora concretos, permitiendo una comprensión más global del psiquismo.
- El desarrollo de capacidades y recursos personales que faciliten la toma de decisiones, permitan una mayor tolerancia a la frustración e incrementen la autonomía personal.
- La aceptación de límites y la puesta en marcha de estrategias de superación.
- El encuentro de fórmulas nuevas de percepción e interpretación de la realidad que den lugar a formas de construcción del pensamiento menos dolorosas.
- El desarrollo de habilidades, recursos y capacidades sociales, que favorezcan las relaciones interpersonales, la integración y la reinserción social.

En base a estos objetivos generales se especifican objetivos particulares de cada paciente, una vez que se ha comenzado a trabajar con ellos, y en función cada caso y de las necesidades que manifieste.

La forma de trabajo en el taller se estructuraría de la siguiente manera; durante, aproximadamente, la primera hora, mientras cada uno trabaja en su obra, la arteterapeuta va interviniendo con cada uno de forma individual, para, al finalizar hacer un cierre de grupo y que todos puedan hablar y aportar sus emociones, y haya un intercambio de experiencias, haciendo hincapié en cada paciente en aquello que está preparado para elaborar.

El arteterapia ayuda a favorecer el proceso psicoterapéutico gracias a la simbolización de las emociones, de aspectos negados o defensivos.

7. 1. METODOLOGÍA

Esta parte del proyecto podríamos enmarcarla dentro de una investigación etnográfica, tomando como sujetos de estudio a los pacientes ingresados en el hospital de día.

La investigación etnográfica es una modalidad de investigación cualitativa cuya característica es la fase descriptiva, a través de la recogida de datos de un grupo

humano y la elaboración de un informe. Los datos se obtienen directamente en el ámbito de estudio.

Son ejemplos de casos recogidos desde la observación y que busca descubrir las estructuras o causas que dan razón a los acontecimientos que van sucediendo a cada persona durante su proceso terapéutico.

7. 2. EJEMPLOS DE CASOS OBSERVADOS

Los datos personales de los pacientes han sido modificados con el fin de conservar el anonimato.

“Una cosa que no ha sido comprendida, reaparece inevitablemente como un fantasma no conjurado, no puede descansar hasta que el misterio ha sido resuelto” (Freud).

Aunque en los casos que vamos a analizar a continuación incluimos el diagnóstico principal de cada paciente, es importante destacar que, en muchos casos, ni suele ser único, ni suele ser definitivo. La evaluación se basa en el cuadro clínico que motivó el ingreso.

Creo que es importante conocer estos datos, ya que, aunque cada paciente es una persona con sus cualidades y peculiaridades que lo distinguen, hay ciertas características que hay que tener en cuenta a la hora de un abordaje en profundidad.

Este es un análisis realizado desde la observación y durante un periodo aproximado de 2 meses y medio, distribuido en 9 sesiones. Debemos tener en cuenta que el tiempo no ha sido excesivo, pero sí lo suficientemente considerable para poder dar una idea los puntos que llamaron mi atención para llevarme a la realidad de poder comenzar con esta investigación.

7. 2. 1. OLIVIA

Diagnosticada de Trastorno de la personalidad.

Narcisista

27 junio. Es su primer día en el taller de arteterapia. En la obra quiere representar a una chica agobiada con la cara tapada con las manos.

Imagen 1. Olivia 27 de junio de 2012



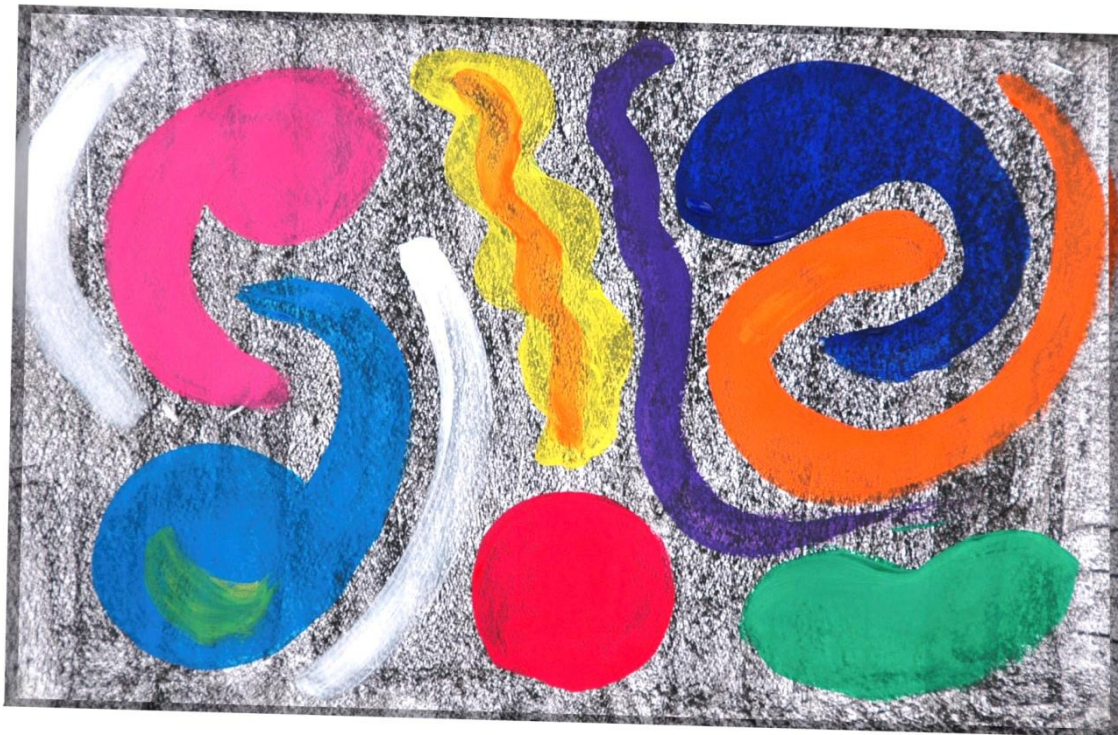
En esta primera sesión, la intervención no es muy profunda. Se hace una primera toma de contacto para comenzar a generar vínculo.

4 de julio. Empieza a reconocer su deseo de alcanzar la alegría. No todo es blanco o negro.

“Mi lado oscuro. Mi enfermedad. Mi tristeza, mi dolor, mi angustia.

Los colores son la alegría que quiero alcanzar” (Olivia, 2012).

Imagen 2. **Olivia 04 de julio de 2012**



En esta sesión se trabaja con Olivia que las cosas no tienen una única visión, gracias a su segunda obra, en la que los colores se ven afectados por el negro que hay debajo.

11 de julio. Realiza una primera obra con la que parece que no está conforme. Hoy está confusa, y no sabe qué realizar. Se la invita a disfrutar con su trabajo, a experimentar con los colores y las texturas, sin pensar en la obra final.

Imagen 3. Olivia 11 de julio de 2012 -I-

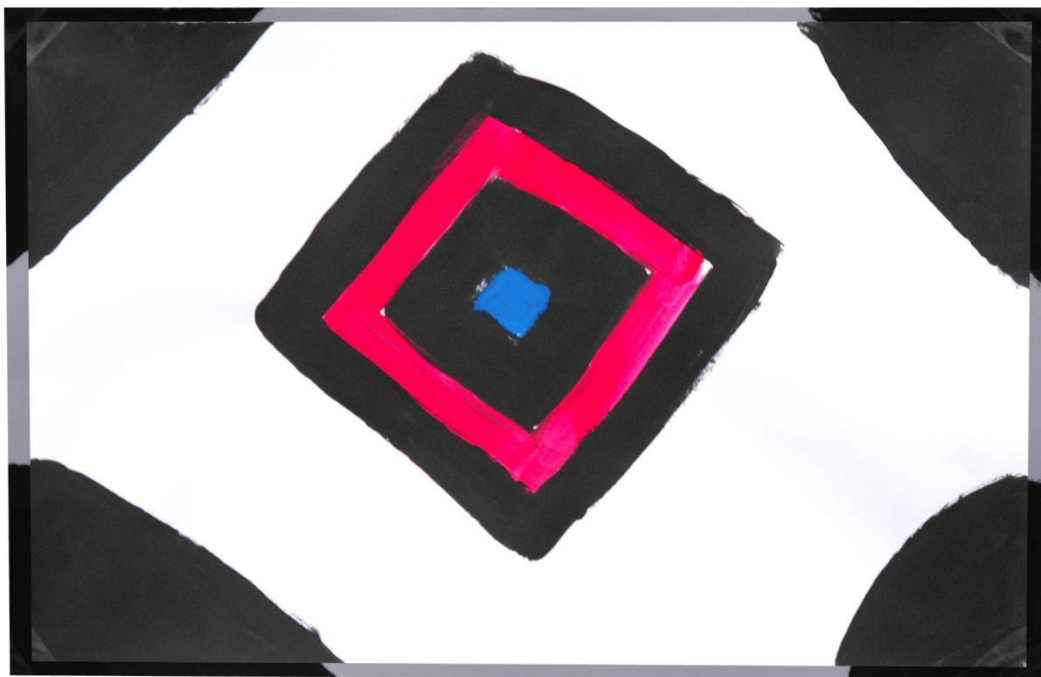


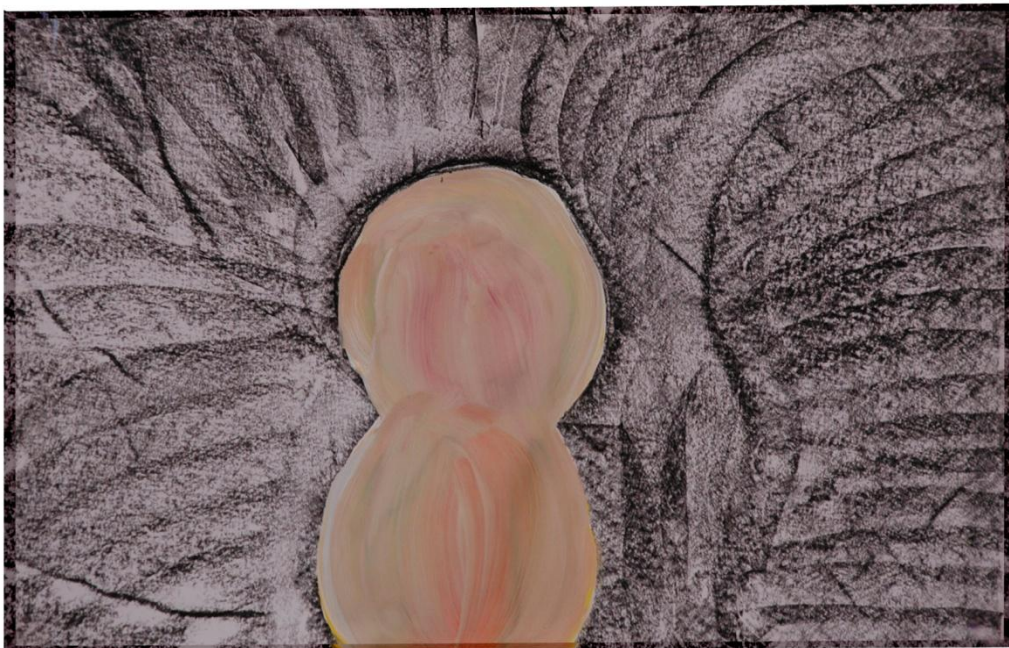
Imagen 4. Olivia 11 de julio de 2012 -II-



Acaba satisfecha con el resultado de su segundo trabajo. Se le invita a utilizarlo como una carta de presentación en la que tiene que elegir si le interesaría más conocer a una o a otra. Cómo puede afectar la preocupación porque “quede bien”.

20 agosto. Habla de su infancia, que todo lo que la rodeaba era malo, excepto sus abuelos maternos, por lo que ahora, después de tantos años absorbiendo esa “mierda” se siente eso mismo.

Imagen 5. Olivia 20 de agosto de 2012



Declara que cuando era pequeña la maltrataban, y que ahora no sabe distinguir a los maltratadores de los que no lo son. Le da miedo reproducir lo que ha vivido, porque dice que en ocasiones ella misma ha sido agresiva.

La arteterapeuta le dice que lo que ha estado es defendida, y que si lo que ha visto es agresividad, es normal que lo reproduzca, pero que no por eso tiene que ser una persona violenta, que lo que tiene que hacer es trabajar para controlarlo.

29 de agosto. La psicóloga nos dice antes de entrar a la sesión que Olivia fue maltratada por su padre de pequeña, y que su madre nunca la defendió. Sí que defendía a su hermano varón.

Imagen 6. Olivia 29 de agosto de 2012



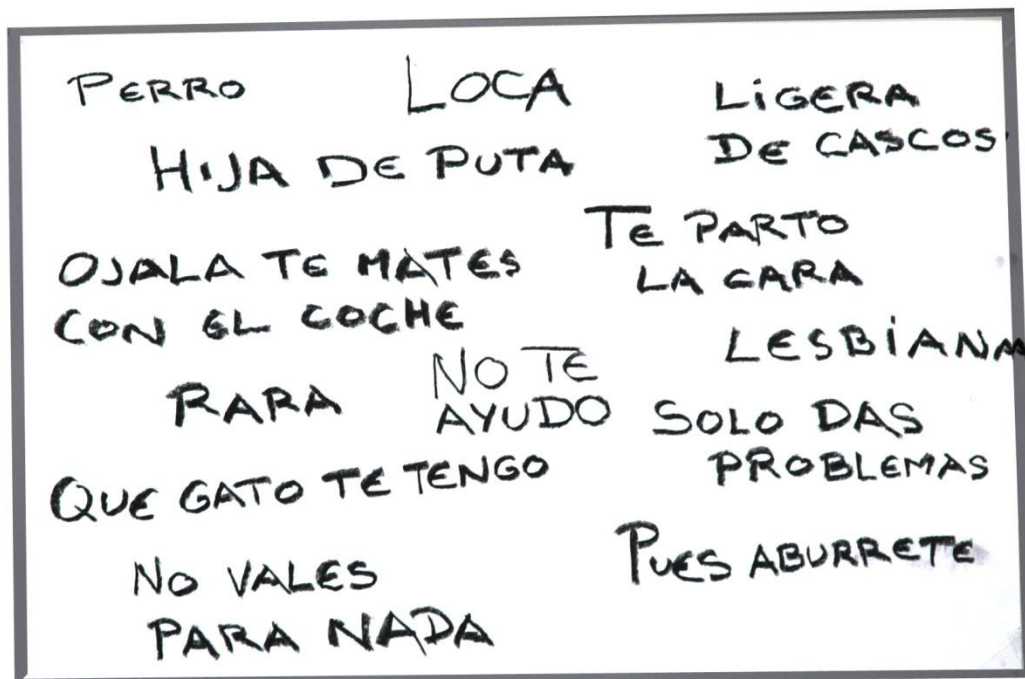
"Quiero ser feliz" (Olivia2012).

05 de septiembre. Las palabras que aparecen en su obra son cosas que le han dicho gente cercana a lo largo de su vida. Su familia, amigos, la psicóloga del centro.

Dice:

“Son los que me están minando la moral y son los que se supone que tienen que apoyarme”
(Olivia, 2012).

Imagen 7. Olivia 05 de septiembre de 2012



“Pero me ha ofendido. Eso es de sinvergüenzas. Que está tratando con enfermos mentales. Que yo puedo llegar a casa y tirarme por la ventana.

Ayer me metí en la cama toda la tarde” (Olivia, 2012).

Ante esta revelación por parte de la paciente de un malestar por las palabras que la psicóloga le había dirigido, y que se tomó como una ofensa, la arteterapeuta le hace reflexionar sobre por qué se había tomado así esa expresión, y hace un símil a esta situación con un ejemplo de ver el mundo a través de una tela de seda roja. Veríamos la vida teñida de color de rojo.

Esto hace retroceder en el tiempo a la paciente, y recordar a toda esa gente que la ha agredido verbalmente y la ha hecho sentir mal. Se da cuenta de lo que le ha pasado.

Esa situación ha puesto de manifiesto la herida.

La arteterapeuta le dice que en este caso le ha hecho efecto negativo. Pero que se puede sacar provecho de ello y fortalecernos. Hay dos actitudes. Si ha tenido tal impacto es porque toca en una herida profunda. De cosas que ha dicho gente cercana, padre, madre, abuelo...

Felipe interviene y dice: "Hermano"

"Todo el mundo me quiere hacer ver que estoy equivocada" (Olivia 2012).

Olivia ve la vida bajo una huella que está marcada en ella. No se está ni equivocada ni acertada. .

Desde que le pasó el altercado con la psicóloga, que le dijo "Pues abúrrete!!", ha visto que tiene relación con sus vivencias de la infancia en 24 horas.

Otro compañero del grupo, que ha ingresado hoy, pero ya había estado en ocasiones anteriores, se duerme mientras se habla de la historia de Olivia. Mientras que la suya es muy parecida. No se da por aludido, ni siquiera cuando se le refiere directamente a la similitud de su experiencia.

7. 2. 2. IRIA

Psicosis. Esquizofrenia.

20 de junio.

Es su segunda sesión.

A raíz de su obra y de hablar del color rojo, en el cierre de la sesión habla de la sensualidad de ese color. La arteterapeuta interviene y le pregunta “¿Sexualidad?” A lo que Iria responde rápidamente. “No no. Sensualidad”.

La intervención no va más allá, ya que aún no se ha creado el vínculo, y parece que la paciente no quiere seguir hablando.

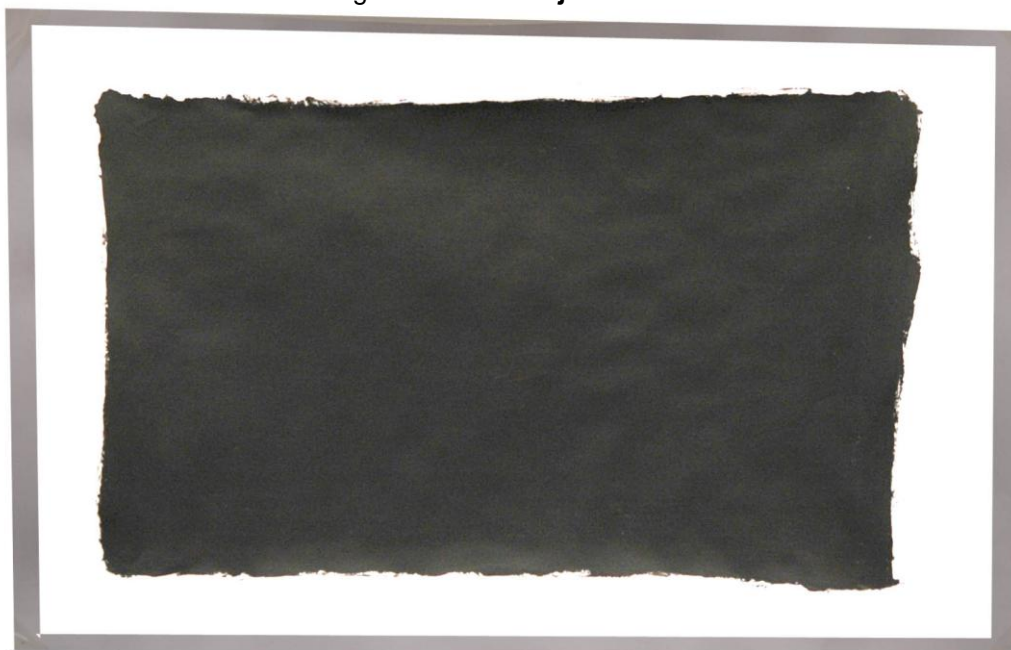
Imagen 8. Iria 20 de junio de 2012



27 de junio. Ha reconocido que ha sido abusada sexualmente por su hermano desde pequeña, en una sesión individual, no en terapia de grupo.

En el trabajo de hoy habla sobre algo fuerte que hay en ella. Que le hace bien el sentirlo.

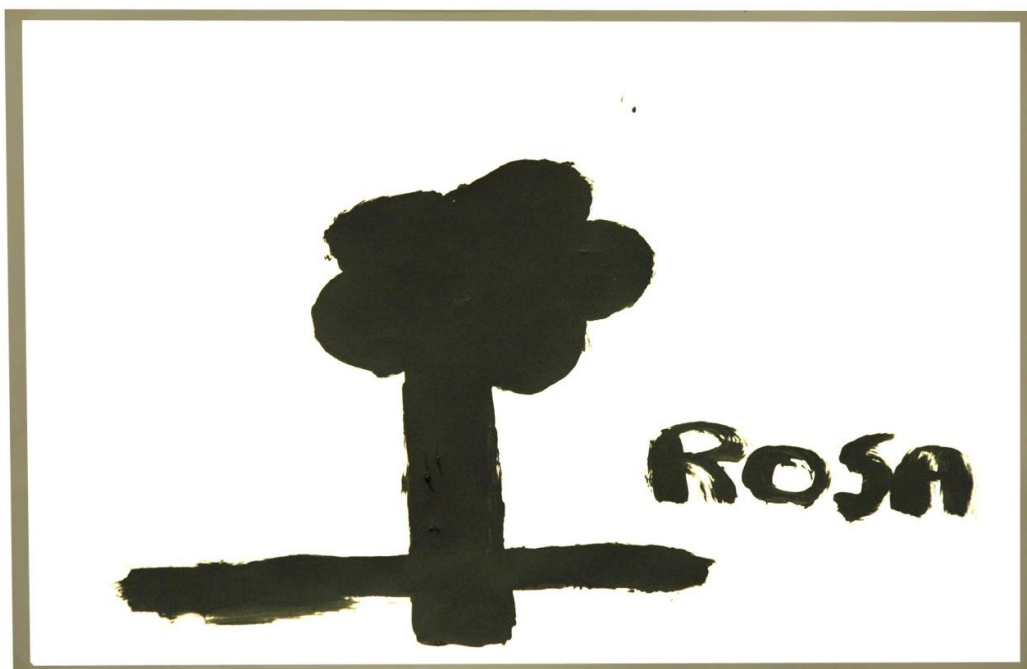
Imagen 9. Iria 27 de junio de 2012



Notamos que su defensa está muy arraigada. Habla de fortaleza, solo de fortaleza, y en su obra también refleja ese miedo que en realidad muestra.

4 julio. Le cuesta empezar. Está muy pendiente de la conversación de la arteterapeuta con una compañera nueva, Paula.

Imagen 10. Iria 04 de julio de 2012



Realiza una flor negra en medio de la hoja. Una rosa que dice que significa ella misma. Vuelve a hablar del color negro como fortaleza. En la obra quiere reflejarse a ella misma como una rosa, de color negro por la fuerza que tiene.

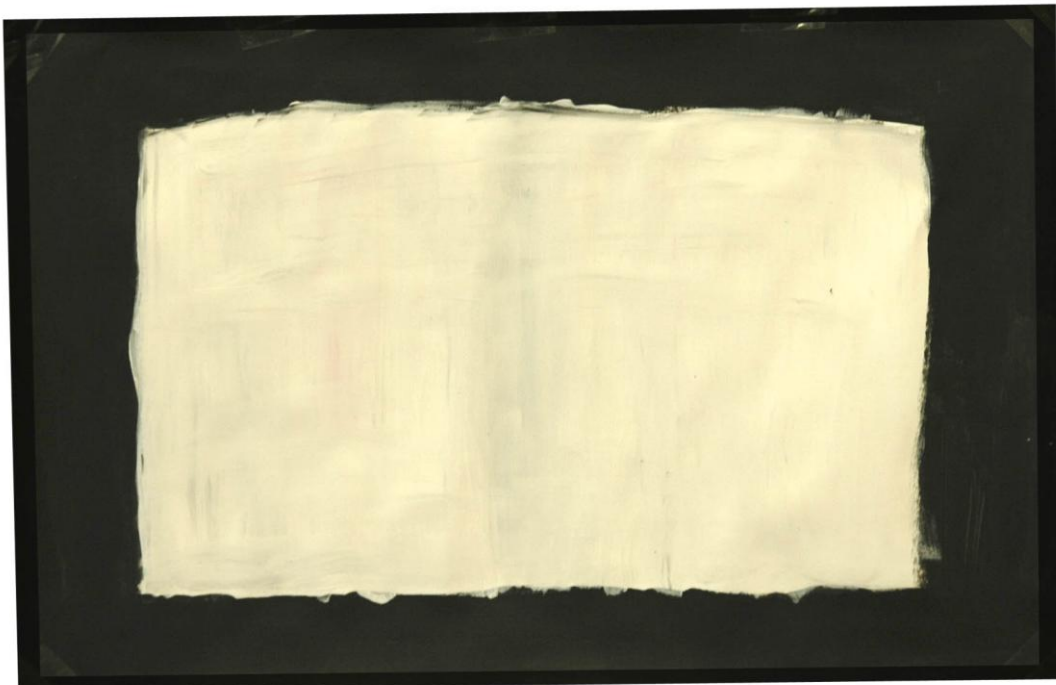
Sigue protegida y sin abrirse en las sesiones grupales. Habla poco.

Dice que se expresa mal sobre el papel. La arteterapeuta le devuelve que pone demasiadas expectativas en lo que cree que debe o tiene que hacer. Que hay que salir a la vida y vivir.

11 de julio. Duda mucho sobre lo que va a hacer. Tarda en decidirse. Mancha el pincel de rojo y espera sin comenzar a manchar el papel.

Lava el pincel y lo mancha de negro. Comienza a pintar todo de este color.

Imagen 11. Iria 11 de julio de 2012



Finalmente se decide por hacer un recuadro blanco en medio.

18 de julio.

Iria expresa que se siente mal sobre el papel.

“Me siento incómoda. No se qué hacer” (Iria, 2012).

La arteterapeuta le devuelve que pone demasiadas expectativas en lo que cree que debe o tiene que hacer. Que lo que hay que hacer es salir a la vida y vivir.

Imagen 12. Iria 18 de julio de 2012



05 de septiembre.

Pienso que el color negro es fuerte. Que me protege.

La arteterapeuta le devuelve que cuando tenemos miedo nos defendemos mucho. A veces estamos tan defendidos que nos quedamos en un mundo reducido. ¿Tú qué quieres?

Iria responde que su deseo es ser ella misma. Hacer su vida

Como tienes miedo, tienes que ser muy fuerte y te preservas en un lugar muy chiquitito.

Ha sido muy maltratada, por lo que le cuesta confiar en los demás. Necesita aprobación continua para poder hacer o decidir cualquier cosa.

Imagen 13. Iria 05 de septiembre de 2012



7. 2. 3. PAULA

4 de julio. Es su primer día.

Imagen 14. Paula 04 de julio de 2012



“Es mi muro” (Paula 2012)

La paciente lo reconoce como que es ella de color, pero lo que lo sostiene es negro, lo que la ha ido formando.

18 de julio. En su obra habla sobre su miedo que la coarta. Dice que es irracional, y que viene de traumas, pero que no quiere hablar sobre ello.

Imagen 15. Paula 18 de julio de 2012



La arteterapeuta la invita a quedarse un poco después de la sesión si quiere para poder hablar, y esta accede. Es ahí cuando le cuenta que de pequeña había sufrido abusos sexuales por su padre, y que su hermano se masturbaba mirándola mientras parecía que ella estaba dormida.

22 agosto. Habla de su fragilidad, de lo etéreo.

Típica construcción de gente que está poco construida. El cuerpo es la tragedia. Es abusado. Por eso su trabajo es etéreo. Cuando son abusadas: Descorporalización.

Ha declarado su homosexualidad.

Imagen 16. Paula 22 de agosto de 2012



29 de agosto de 2012.

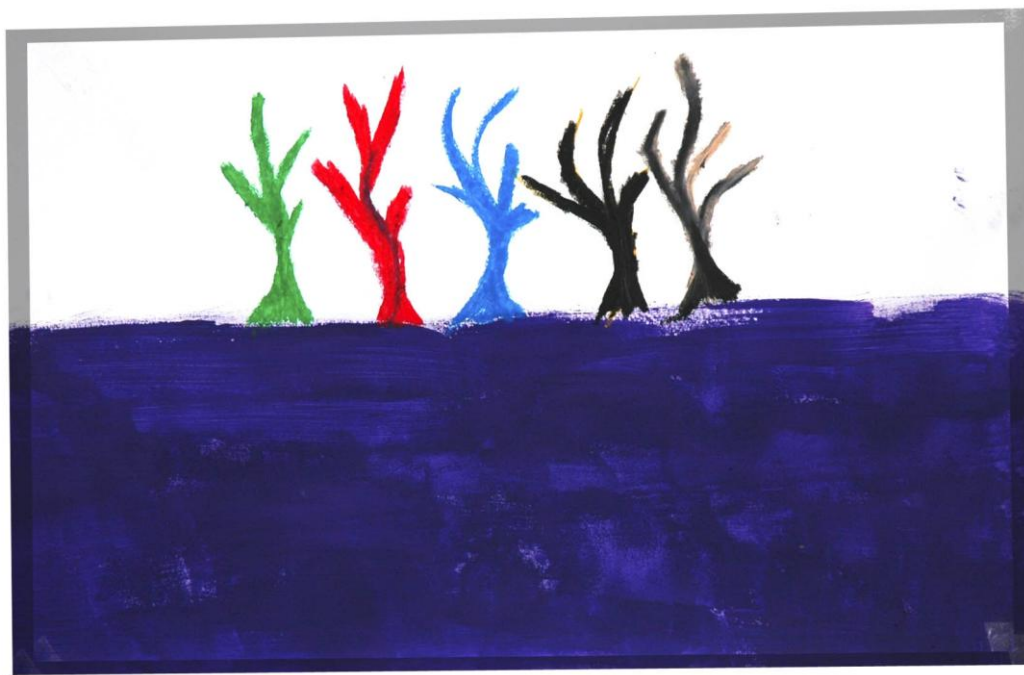
Imagen 17. Paula 29 de agosto de 2012



“He construido la llave para cambiar. Que está en lo que me marca. En el sufrimiento. El amarillo por el estancamiento. El rojo porque es fuerte, duro, como el dolor” (Paula 2012).

05 de septiembre

Imagen 18. Paula 05 de septiembre de 2012



“He representado la parte fuerte de mí.

Verde: Nacer... la vida

Rojo: La pasión

Azul: el orden

Negro: La fuerza

Gris: No se.”

La arteterapeuta le devuelve que todo está teñido por un pasado. Por una mancha de color.

Ese deseo que tiene que se ponga en marcha en la vida.

Hoy presenta unas capacidades limitadas por la base de la historia. Creo que tiene pasar por ese momento de dificultad.

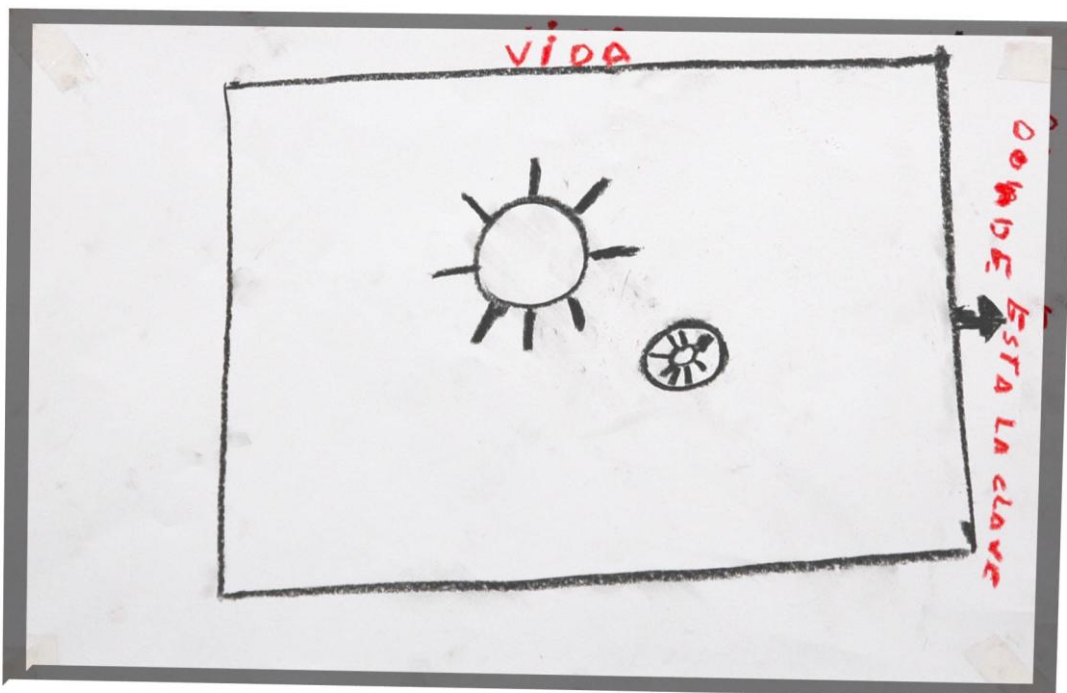
7. 2. 4. AGUSTÍN

Melancolía. Trastorno del Pánico. Agorafobia.

Se siente un ser invisible, sin espacio. Fuera del centro nunca se ha sentido mirado con respeto. No quiere dar nada a los que le rodean, ni quiere hacer vida con su mujer ni su familia.

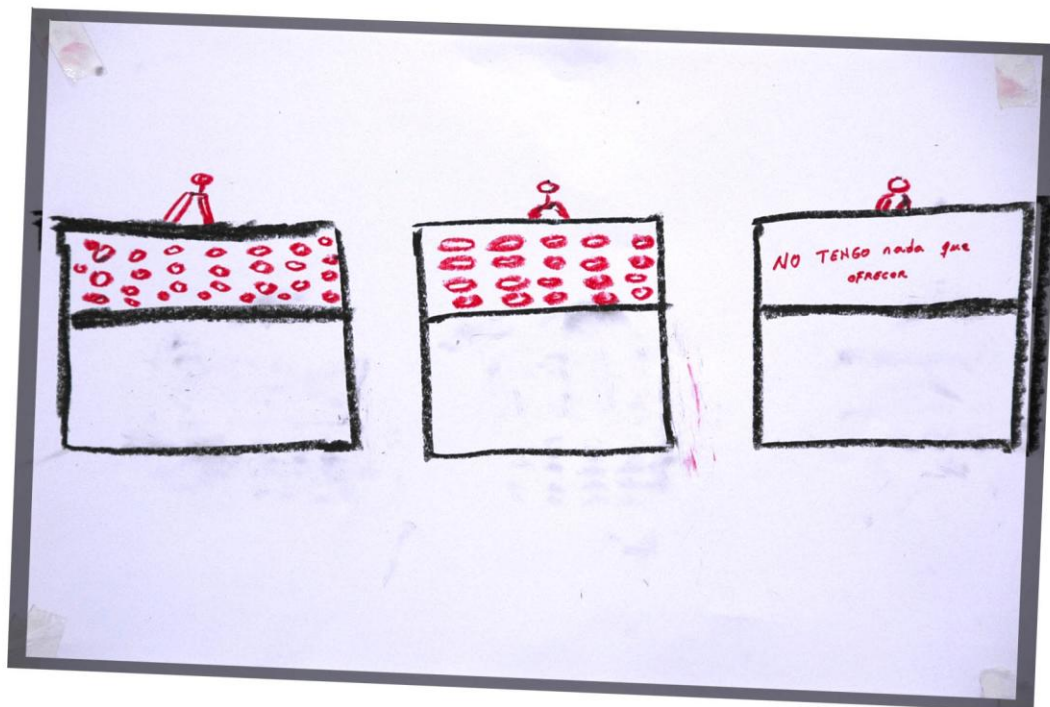
27 junio. Representa una caja fuerte. Se siente encerrado. Siente el ahora, el momento presente como malo, y antes como todo bueno. No habla del motivo por el cual ha cambiado esa situación.

Imagen 19. Agustín 27 de junio de 2012



04 de julio

Imagen 20. Agustín 04 de julio de 2012

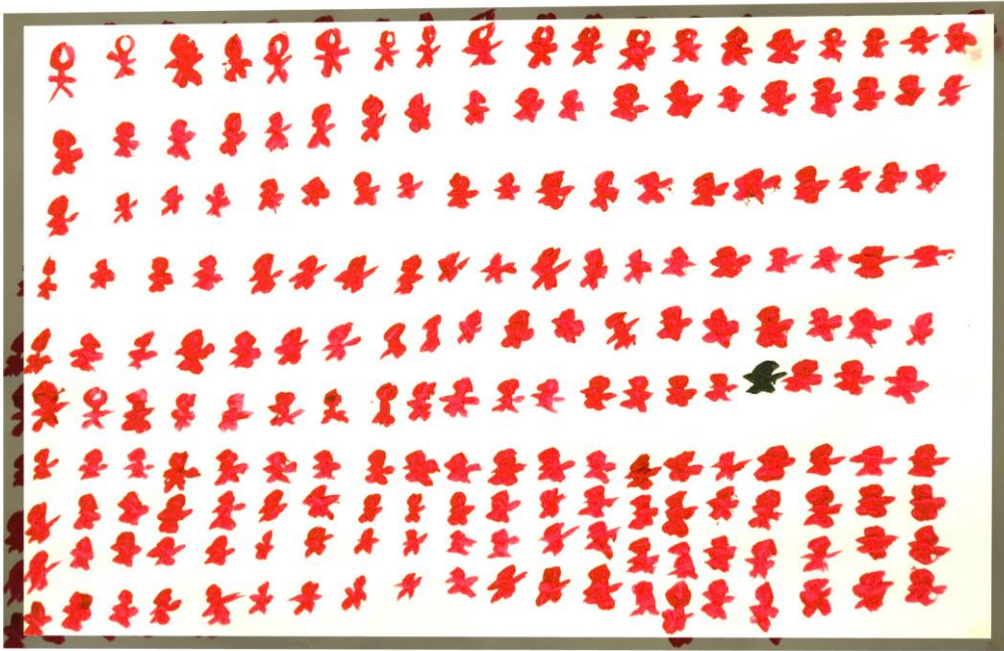


Ante esta obra se le devuelve que se siente abatido porque se ha ofrecido para amar y no lo ha conseguido. Ahora ya no quieres nada, ni amar, ni amigos...

No tiene éxito porque no ha conseguido vínculos. Está decepcionado con el mundo.

11 de julio

Imagen 21. Agustín 11 de julio de 2012

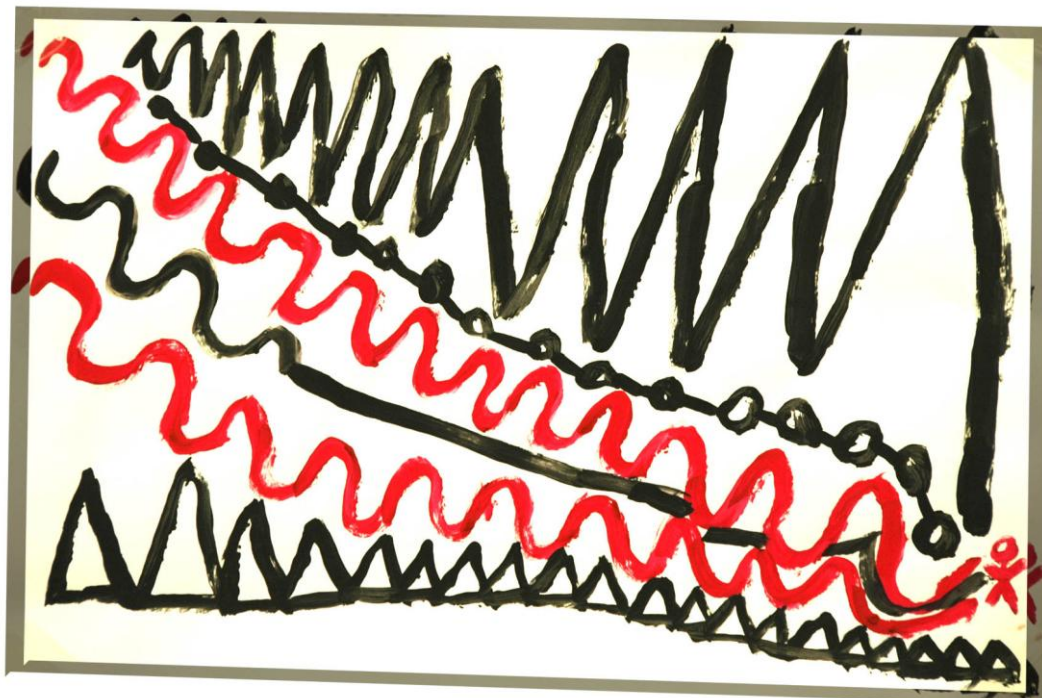


Se siente diferente al resto de la humanidad.

18 de julio

“Me veo pequeño ante todo” (Agustín, 2012).

Imagen 22. Agustín 18 de julio de 2012



25 de julio

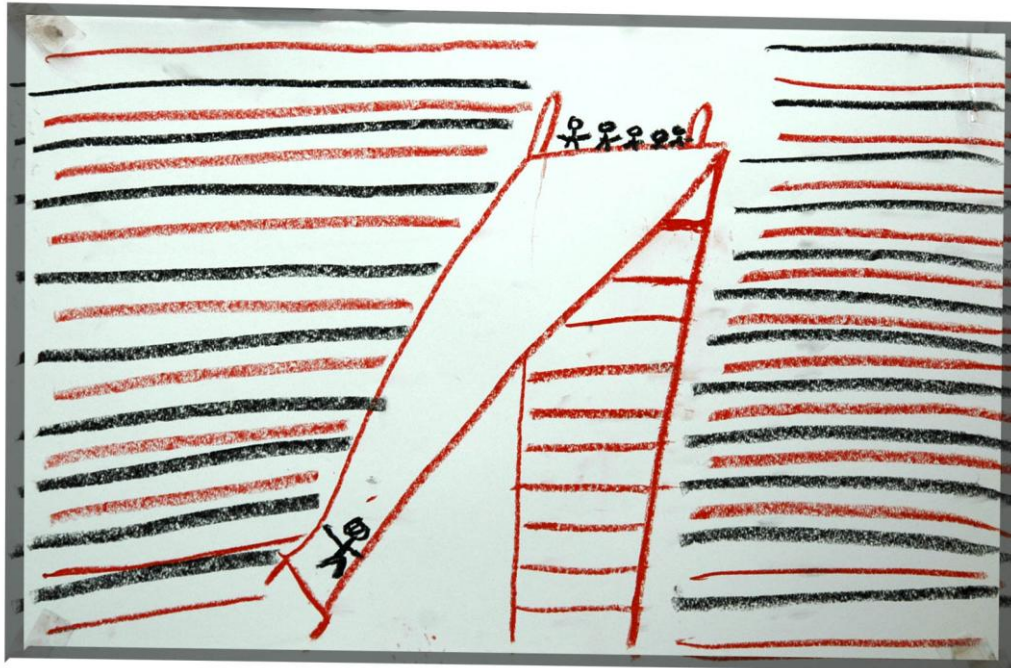
Hoy la sesión es diferente al resto. La propuesta es un mural en el que todos participemos, y que se hará como despedida hasta después de las vacaciones.

Agustín durante su intervención habló sobre lugares de veraniego para unas posibles vacaciones y dijo que él no se encontraría bien en ningún sitio. Le pregunto que si es en su casa donde le gustaría pasar las vacaciones y me dice que sí. Lo que dibuja en la parte de la cabeza dice que representa un objeto que da vueltas por todas las vueltas que da su cabeza a las cosas. En los pies se hace unos pesos porque dice que siempre está cansado y le duelen y le cuesta mover tanto las piernas como los brazos.

Observo que tiene una gran falta de motivación para hacer cualquier actividad. Siente dificultades físicas para moverse fuera del entorno del hospital.

22 de agosto

Imagen 23. Agustín 22 de agosto de 2012

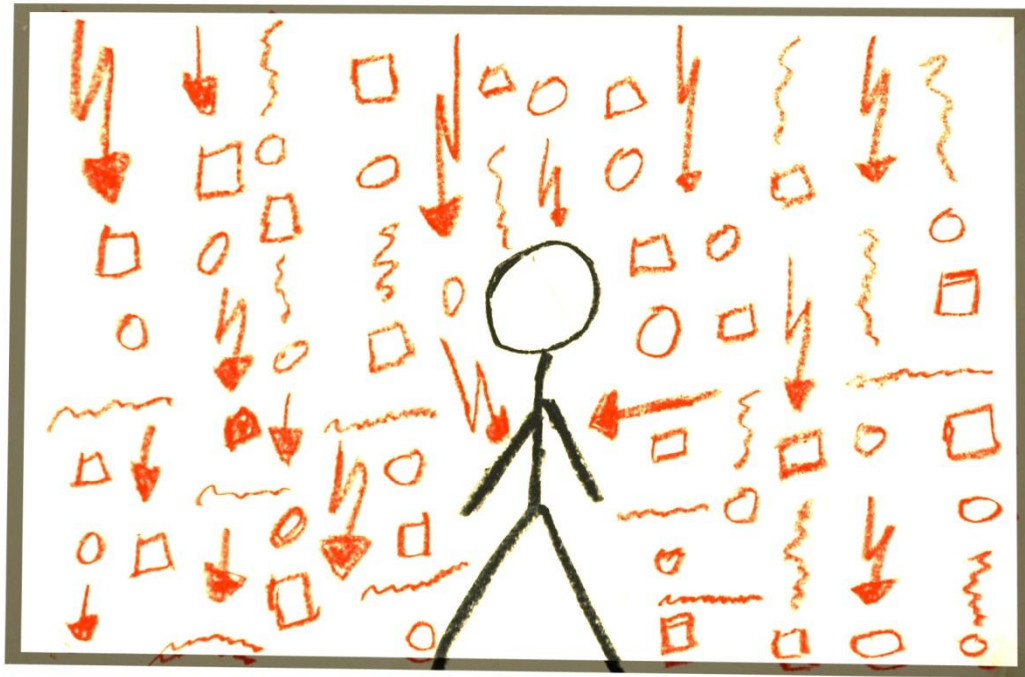


Durante la realización de este trabajo, Agustín realiza el tobogán sin escaleras, y habla de la dificultad que le supondría subir por la parte deslizante, cuando de pequeño lo hacía sin problemas. Habla de que todos los demás ya están arriba y que han subido sin escaleras.

La arteterapeuta le devuelve que el camino de los adultos es subir por las escaleras, que las dibuje, y que debe de ir paso por paso, no querer subir por la parte deslizante, que es casi imposible, nadie lo haría. Lo que debe pensar es que la gente que está arriba ha llegado también por las escaleras.

29 agosto. Le han anunciado su alta para la próxima semana. Representa en su obra el miedo al mundo. Lo ve peligroso y a él frágil. A la figura que dibuja, que dice ser él mismo, no le pinta ni ojos, ni boca, ni manos, ni pies.

Imagen 24. Agustín 29 de agosto de 2012



05 de septiembre. Hoy es su último día.

“Me siento mal para confrontarme con lo de fuera. Aquí me siento mejor que en casa.

Arteterapeuta: “Tú aquí estas en una posición activa.”

“En casa no puedo”

- Sí que puedes. Funcionalmente puedes. Tienes capacidad.

“Cuando llego a casa no puedo, me pesan las piernas”

- Si el ambiente te ofrece un determinado estímulo te posicionas más activamente.

“Lo intentaré”

En la obra dice que representa un camino y dónde estaba él antes de entrar en el hospital, y dónde está ahora, dónde ha conseguido llegar. Dice que le queda un largo recorrido aún para estar bien.

Imagen 25. Agustín 05 de septiembre de 2012



No ha vinculado con los que le rodean, por lo tanto no ha conseguido el éxito. Está decepcionado, porque ha ofrecido, pero no ha conseguido respuesta. Muestra claramente carencias afectivas.

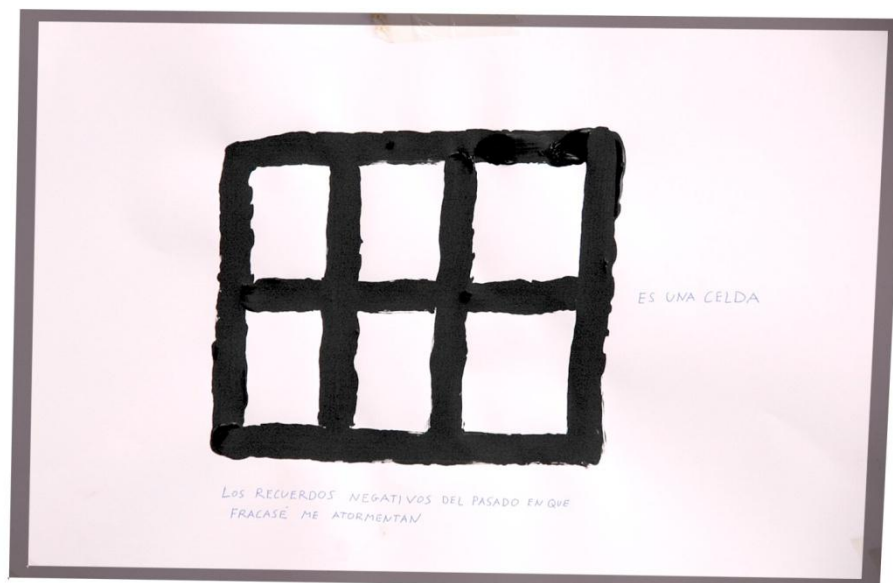
Está colocado en un lugar narcisista melancólico, y no le permite salir a él. Se ve pequeño ante todo.

7. 2. 5. FELIPE

Trastorno Obsesivo Compulsivo. TP Narcisista

20 de junio. Dice que ha fracasado desde pequeño hasta hoy. Durante la sesión se trabaja el que la responsabilidad del fracaso de los niños es de los padres, y que si sigue fracasando es porque no se ha formado su identidad. Se ha normalizado ese fracaso en él.

Imagen 26. Felipe 20 de junio de 2012

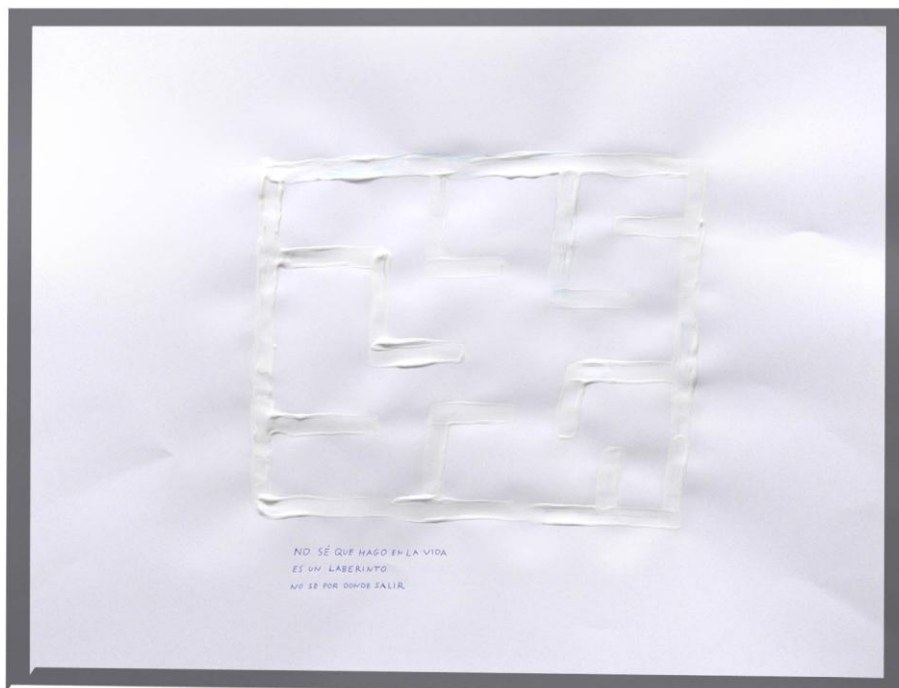


Se le ofrece la posibilidad de construir esa identidad. Su identidad.

27 de junio.

Prepara la pintura nada más llegar. Ya lleva pensado lo que quiere hacer.

Imagen 27. **Felipe 27 de junio de 2012**



Escribe en la obra y no quiere escribir posteriormente en el papel que se le ofrece.

4 de julio

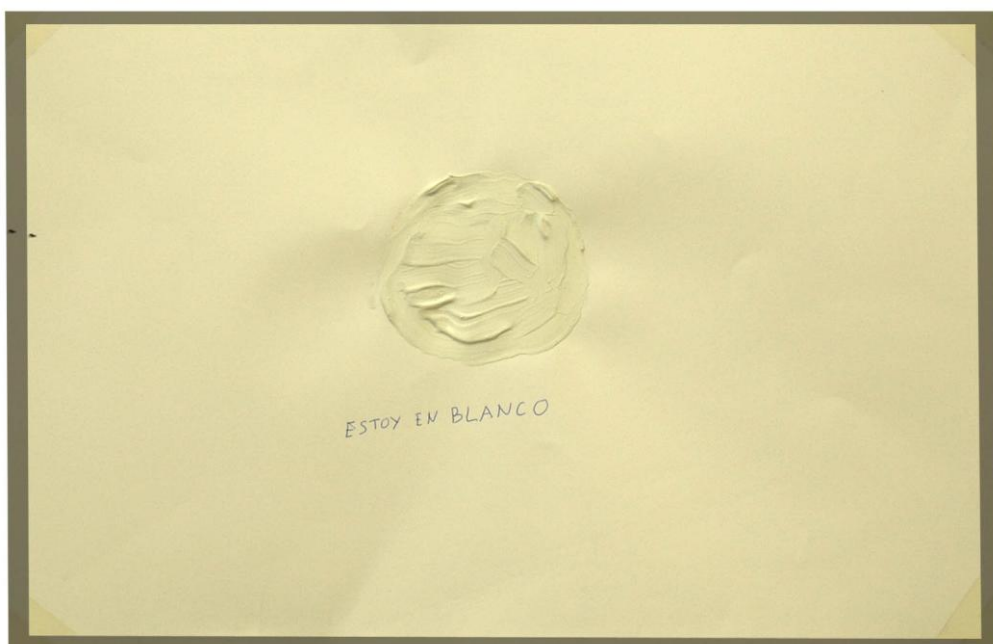
En la sesión habla de que ha generado un nuevo vínculo con una mujer real. Dice que hay algo entre ellos, que él lo nota, y que eso un hombre lo sabe cuando existe realmente.

Imagen 28. Felipe 04 de julio de 2012



11 de julio.

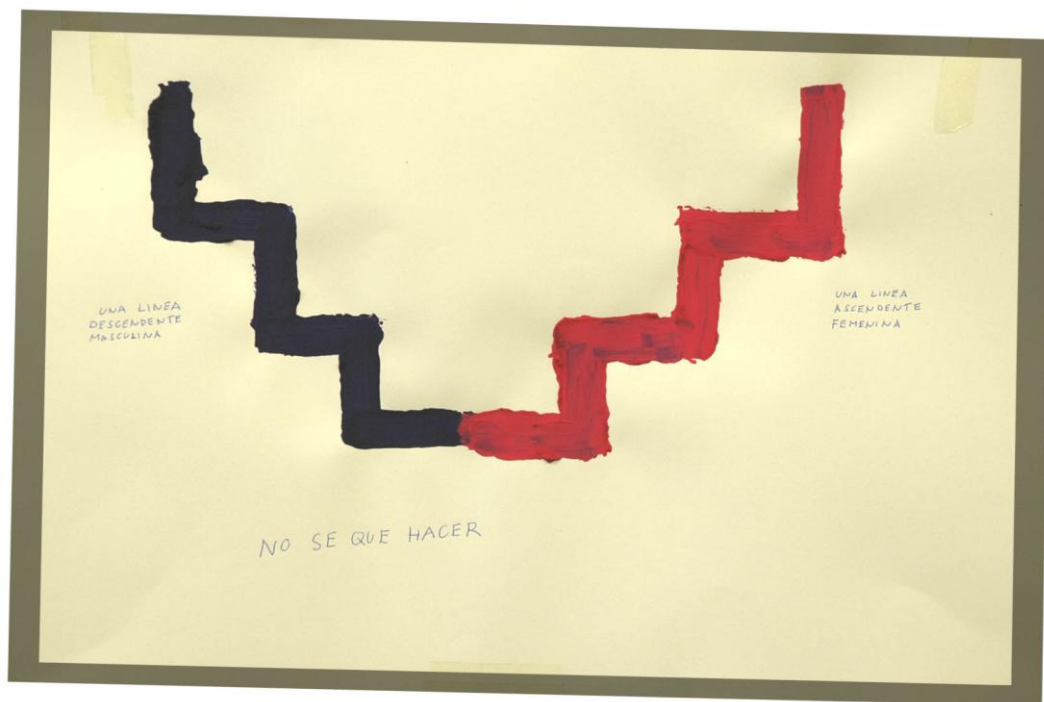
Imagen 29. Felipe 11 de julio de 2012



En esta sesión no interviene. Habla de su obra como que ya está todo expresado en ella, que con lo que ha puesto ahí es suficiente.

18 de julio.

Imagen 30. Felipe 18 de julio de 2012



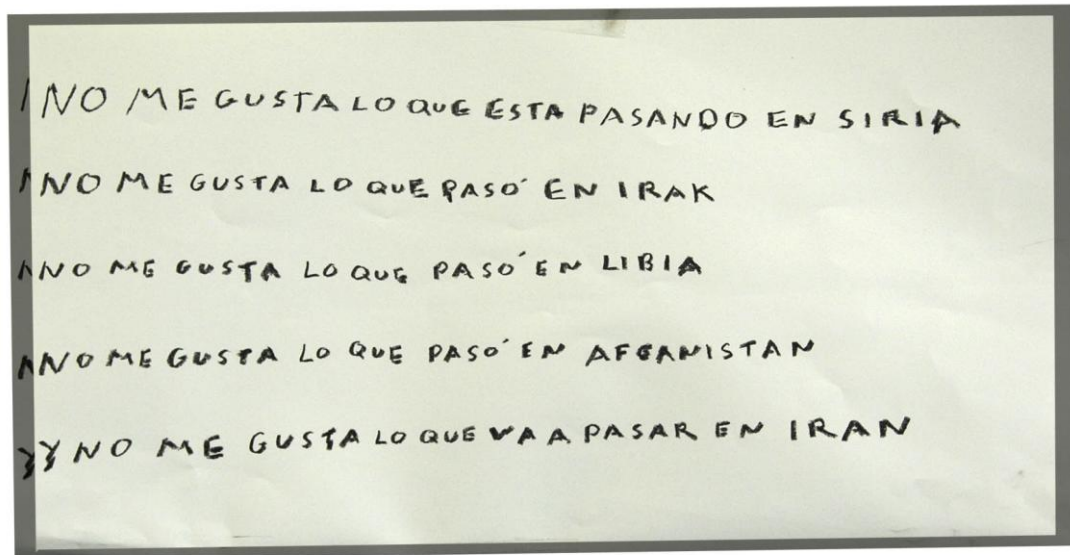
En esta ocasión tratamos el tema del vínculo. Siguiendo en la línea de la sesión de hace quince días, ya que en su obra refleja dos posturas, aparentemente, enfrentadas. Por un lado el hombre y por otro la mujer.

Se le cuestiona qué tipo de vínculo quiere generar con la mujer de la que hablaba y que quiere tenerlo.

Se le habla del tipo de relación que puede aparentar querer, en los casos en los que conoce a alguien y no le saluda o se mantiene callado. Para tratar el tema de que el vínculo que generamos con una persona depende de nosotros mismos, de la actitud que tengamos ante esa relación.

22 de agosto. Continúa anclado en lo que no le gusta.

Imagen 31. Felipe 22 de agosto de 2012



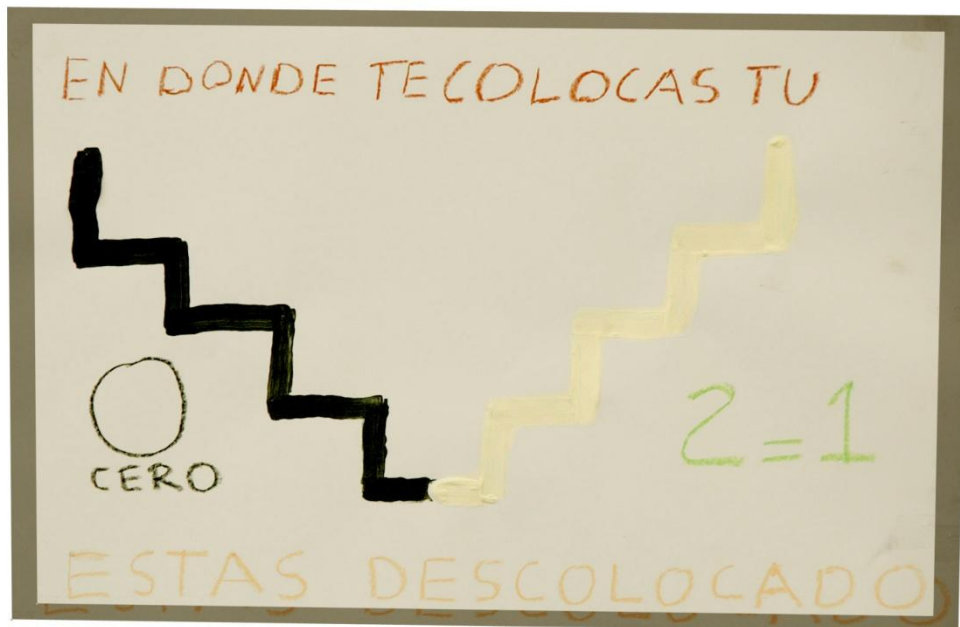
Nunca habla de la relación con los padres.

Normalmente lleva su idea clara de lo que va a trabajar. Utiliza mucho el blanco y el negro.

29 agosto. Habla de la fusión de 2 personas para ser una persona completa. Se le devuelve que para ser una persona completa hay que ser íntegra sola, y apoyarse en los demás cuando sea necesario, pero nunca fusionarse, eso la haría una persona incompleta.

Se le da otra visión a su vida de perdedor desde el nacimiento. Se le cuestiona que entonces quién es el que ha ganado?? Ya que siempre que hay un perdedor es porque hay un ganador. Dice que se lo tiene que pensar.

Imagen 32. Felipe 29 de agosto de 2012



05 de septiembre. Felipe no acepta los resultados negativos.

“Nunca puedo aceptar las cosas cuando no son como no puedo.” (Felipe, 2012)

Había hablado de que cuando salga de aquí no aceptará el alta y solicitará el ingreso en otro hospital.

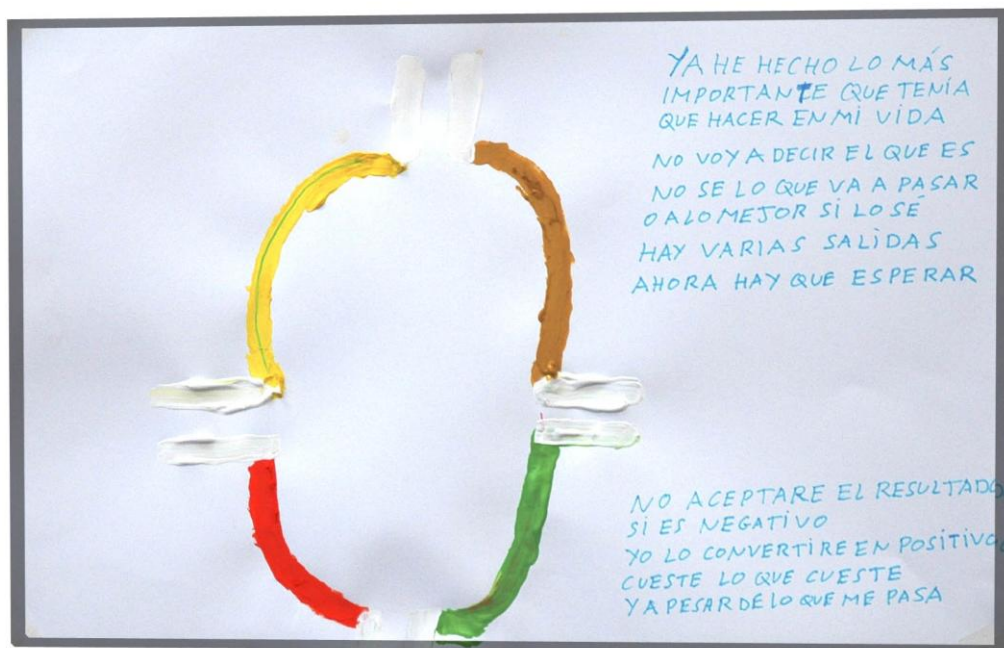
Pide opinión a la arteterapeuta, fuera de la sesión, sobre cómo acepta ella las cosas cuando no son lo que busca.

Hablan de la capacidad de afrontar las dificultades y su sensación de fracaso continuo.

Como no ha podido ser él mismo. Quiere hacerlo cueste lo que cueste.

Tú me ves, tú sabes. Yo te dejo o no...

Imagen 33. Felipe 05 de septiembre de 2012



La vida entre su madre y él es una simetría. En una entrevista de la psicóloga del centro con la madre, esta dice: “Me ha quitado la vida para nacer y para después.”

Se le hace ver que la vida puede tener dos lecturas, de fracaso o de supervivencia.

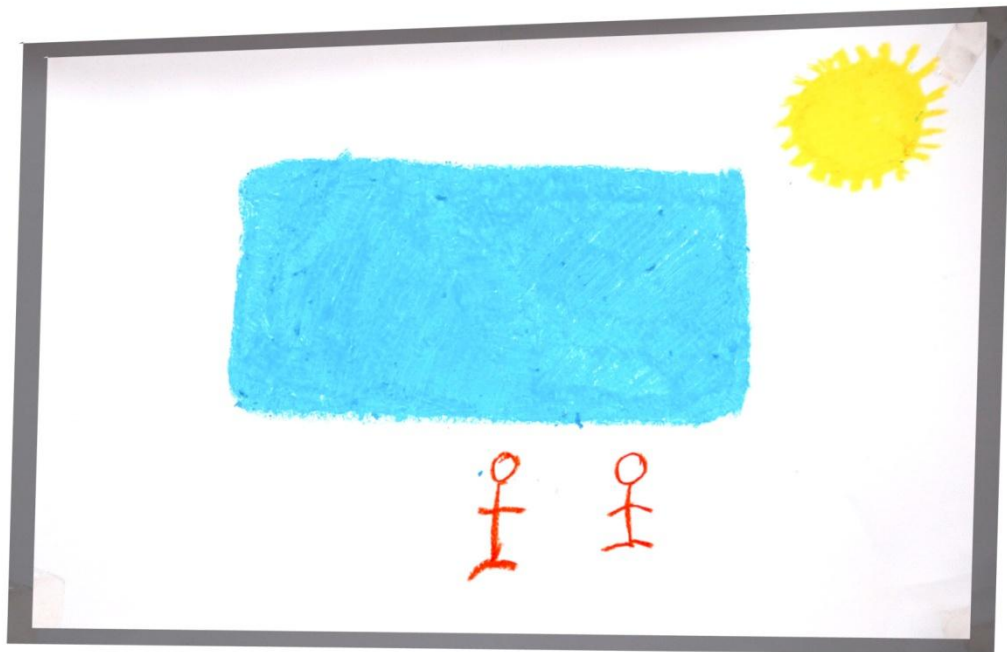
Felipe nos muestra claramente el ejemplo del hombre que no ha llegado a ser un hombre masculino completo, ya que, recordando lo que Gilmore decía, la virilidad puede entenderse como una defensa contra el eterno niño interior, y es una lucha constantes contra esa regresión psíquica de volver al regazo de la madre. (Gilmore, 1994: 38)

7. 2. 6. RAÚL

27 junio. En el cierre de la sesión habla de que va a ir con su padre a la piscina. Después de haber estado tiempo sin verle. Dice que su padre siempre le pregunta

que si quiere dinero, y Raúl responde que sí que le hace falta, que su único problema es la falta de dinero.

Imagen 34. Raúl 27 de junio de 2012



La arteterapeuta le hace ver que ese no es su problema, sino no estaría en el centro, pero Raúl no quiere seguir hablando.

4 de julio. Habla del partido de la Eurocopa, y de que le metieron 4 goles al portero, de que son muchos. La arteterapeuta interviene cuestionando la lectura que se le puede hacer a las cosas. En este caso podríamos ver que son pocos para los que podía haber recibido, ya que los otros jugaron muy bien, es un éxito del portero. La doble lectura.

Imagen 35. Raúl 04 de julio de 2012



“Ser capaces de detectar y diferenciar el hecho traumático del trastorno responsable de la enfermedad mental, favorece su elaboración y ayuda a evitar su cronificación” (Cury, 2007: 72).

7. 3. CUADRO ANÁLISIS COMÚN

Tabla 1. Cuadro análisis común

<p>Olivia</p> <p>Trastorno de la Personalidad. Narcisista</p> <p>27 de junio de 2012: ingreso</p> <p>22 de agosto de 2012: habla de su historia de maltratos. Tras el período vacacional.</p>	<p>Agustín</p> <p>Depresión. Melancolía. Trastorno del Pánico. Agarofobia</p> <p>9 de mayo de 2011: ingreso</p> <p>6 de junio de 2012: alta. Durante todo este tiempo ha hablado de su vida anterior como maravillosa, y de su vida presente como mala.</p>
<p>Iria</p> <p>Psicosis. Esquizofrenia con desgaste cognitivo</p> <p>13 de junio de 2012: ingreso</p> <p>27 de junio de 2012: habla de que ha sido abusada sexualmente por miembros de su familia</p>	<p>Felipe</p> <p>Trastorno Obsesivo Compulsivo. Trastorno de la personalidad. Narcisista</p> <p>6 de junio de 2012: ingreso</p> <p>Habla siempre de su fracaso desde pequeño, pero atribuyéndose las culpas. Nunca habla de la relación con sus padres. Lo que se sabe acerca de esta relación es gracias a entrevistas con la madre.</p>
<p>Paula</p> <p>Diagnóstico en estudio</p> <p>4 de julio de 2012: ingreso</p> <p>18 de julio de 2012: habla de los abusos sufridos causados por miembros de su familia</p>	<p>Raúl</p> <p>Esquizofrenia</p> <p>14 de marzo de 2012: ingreso</p> <p>Siempre habla de temas superficiales.</p>

7. 4. ENTREVISTAS

Me propongo realizar una entrevista (Anexo I) a cada profesional perteneciente al equipo del hospital, con el objetivo de:

- Conocer la opinión de los diferentes especialistas que trabajan en el hospital acerca de si creen que puede afectar el género a la hora de reconocer y abordar un trauma.
- Saber si han detectado desigualdades en el género en alguna de las características que describen convencionalmente a “hombres” y “mujeres”.

Las conclusiones globales obtenidas de dichas entrevistas (Anexo II) son que hay diversidad de opiniones en cuanto al alta del paciente. Unos dicen que habitualmente salen preparados para incorporarse a la sociedad, aunque depende del caso, de los objetivos del hospital de día. Otros dicen que desde el punto de vista terapéutico no salen preparados, que necesitarían un seguimiento profundo posterior.

Relativo a la elaboración del trauma mediante un proceso terapéutico, no solo coinciden en que es fundamental, siempre que sea un trabajo profundo, sino que uno de los profesionales apunta que algunas de las enfermedades mentales pueden derivar de haber sufrido traumas, por lo que en estos casos sería imprescindible.

En cuanto a las situaciones de agresión en general, para aquellos profesionales que sí las han vivido, no habría distinción en cuanto a si participaban hombres o mujeres.

Sí que habría diferenciación cuando hablamos de reconocimiento del trauma. La mayoría piensan que a los hombres les cuesta más hablar sobre ello, sobre todo en terapias de grupo. En muchos casos hay que trabajar sobre los indicios que presenta en la actualidad, pero sin hablar de acciones anteriores.

Diversidad de opiniones cuando nos referimos al abordaje. Algunos de los profesionales apuntan más hacia una diferenciación relativa a la propia persona, y otros sí hacen discrepancias en cuanto al género.

8. CONCLUSIONES

No podemos concluir este trabajo sin olvidar que esto es una puerta para poder continuar con una investigación en profundidad sobre el tema que nos ocupa.

A lo largo de este tiempo de exploración hemos elaborado un recorrido teórico sobre la enfermedad mental y sus consecuencias en la sociedad actual, hemos aprendido, al menos unas pinceladas de las características de cada diagnóstico tratado durante este proceso, algo fundamental, desde mi punto de vista, para poder abordar cualquier caso más en profundidad. No sin antes haber borrado de nuestra mente lo aprendido, considerando que cada persona es única, independientemente del diagnóstico que presente.

Igual que si nos referimos a la consideración social de género, debemos de olvidar los convencionalismos y tratar con cada persona individualizando los objetivos terapéuticos, haciéndoles sentir únicos e importantes para lograr conseguir ese lugar especial en el que se compartan inquietudes y movimientos que necesitamos trabajar. Para poder lograr ese vínculo sin el cual sería imposible un abordaje intenso.

Hemos indagado en las intervenciones relacionadas entre arte, arteterapia y enfermedad mental. Destacamos el efecto producido en los pacientes al hacer una regresión a la infancia solo por el hecho de utilizar técnicas plásticas.

En cuanto a la observación en el hospital, pensemos que trabajamos con un colectivo que normalmente pertenecen a familias desestructuradas, que no han podido contener y/o asumir la realidad, y que nuestro trabajo es re-significar su autobiografía. Trabajar con el concepto concreto, y el concepto de la persona.

Las preguntas que nos han ido surgiendo durante este proceso son muchas y diversas. Una de ellas se refiere al estigma social. Hablar con los pacientes sobre cómo se sienten al ser diagnosticados de enfermedad mental, podría ayudarnos a entender cuál es su nivel de afrontamiento de su situación y cómo vivirían una posible ruptura del convencionalismo de género.

También nos podemos cuestionar si en otras culturas donde los convencionalismos sean diferentes existirá esta diferenciación de género, tanto para el abordaje del trauma como para el diagnóstico de la enfermedad.

¿Afectará si la persona que ejerce de arteterapeuta es hombre o mujer? Podemos preguntarnos si profesa algún tipo de influencia de cara al proceso de vinculación.

Resumiendo, podemos decir que hemos abierto un camino que esperamos poder recorrer algún día, y poder ir respondiendo a todas y cada una de las cuestiones que vayan surgiendo, y que posiblemente nazcan muchas más.

BIBLIOGRAFÍA

9. BIBLIOGRAFÍA

Acerbo, E. G. (2007). *Metodológicamente hablando. Guía práctica para hacer una entrevista institucional*. Recuperado el 21/08/12, del sitio Web de la Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales: <http://www.catedras.fsoc.uba.ar/ferraros/BD/ega%20metodologicamente.pdf>

Agarofobia (2012). Recuperado el 04/09/12 de <https://psiqueyeros.wordpress.com/2012/05/22/agarofobia/>

Barberá, E. y Martínez Benlloch, I. (2004). *Psicología y Género*. Madrid: Pearson Prentice.

Cares Villegas, F y Ramírez Ibarra, F. (2011). Cuando la Historia del Arte entra a un Hospital Psiquiátrico. *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*. 10. Recuperado el 09/09/12 del sitio web de la Universidad Complutense de Madrid. Revistas científicas complutenses: <http://revistas.ucm.es/index.php/ARTE/article/view/37094/35899>

Concepto de traumas psicológicos (2009). Recuperado el 09/09/12 de <http://www.solopsicologia.com/concepto-de-traumas-psicologicos/>

- Cornejo Del Carpio, M. (2009). *Los traumas psicológicos y sus repercusiones en el individuo*. Psicología y Psicoterapia. Recuperado el 07/09/12 de: <http://psicoterapiaboletinsagradafamilia.blogspot.com.es/2009/02/los-traumas-psicologicos-y-sus.html>
- Cromosomas (2011). MedlinePlus. Un servicio de la Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU. Recuperado el 01/09/12 de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002327.htm>
- Cury Abril, M. (2007). Tras el silencio. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 16. Recuperado el 31/08/12 del sitio web de la Universidad Complutense de Madrid. Revistas científicas complutenses: <http://revistas.ucm.es/index.php/ARTE/article/view/ARTE0707110071A/8924>
- DSM IV (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Editorial Masson, S. A.
- Estrés (2012). Recuperado el 04/09/12 de <https://psiqueyeros.wordpress.com/tag/fobia-social/>
- Fernández González, M. (Ed.). (2011). *Rehabilitación psicosocial de personas con enfermedad mental crónica*. Madrid: Grupo 5
- Fonseca Hernández, C. (2005). Reflexionando sobre la construcción de la masculinidad en el Occidente desde una postura crítica. *Bajo el volcán*, 20. Recuperado el 17/07/12 del sitio web de Redalyc. Sistema de Información Científica. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. México.: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/286/28650908.pdf>
- Funk, M., Drew, N. y Saraceno, B. (2006). *Manual de recursos de la OMS sobre Salud Mental, derechos humanos y legislación*. (Courtis C. Trad.) Suiza: Organización Mundial de la Salud (Trabajo original publicado en 2006)
- Galán Amador, M. (2009). *Metodología de la investigación. La entrevista en investigación*. Recuperado el 21/08/12 de:

<http://manuelgalan.blogspot.com.es/2009/05/la-entrevista-en-investigacion.html>

Granados Cose, J. A. y Ortiz Hernández, L. (2003). Patrones de daños a la salud mental: psicopatología y diferencias de género. *Salud Mental*, 9. Recuperado el 16/08/12 de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2003/sam031e.pdf>

Hablemos sobre Trastorno de Pánico (2006). American Psychiatric Association. Recuperado el 08/09/12 de <http://www.healthyminds.org/Document-Library/Brochure-Library/Hablemos-sobre-Trastorno-de-pnico.aspx>

Hernández Merino, A. (2010). Pinacoteca Psiquiátrica en España. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 19. Recuperado el 30/08/12 del sitio web de la Universidad Complutense de Madrid. Revistas científicas complutenses: <http://revistas.ucm.es/index.php/ARTE/article/view/ARTE1010110073A/8714>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2007). *Fundamentos de metodología de la investigación*. Madrid: Mc Graw Hill

Hernando, Almudena (2000). *La construcción de la subjetividad femenina*. Madrid: Asociación Cultural al Mudayna Los traumas (S. F.) Recuperado el 08/09/12 de <http://www.proyectopv.org/2-verdad/traumasspsic.htm>

López-Barajas Zayas, E. y Montoya Sáenz, J. M. (Eds.). (1994). *La investigación etnográfica. Fundamentos y técnicas*. Madrid: UNED

Marxen, E. (2011). *Diálogos entre arte y terapia. Del “arte psicótico” al desarrollo de la arteterapia y sus aplicaciones*. Barcelona: Gedisa editorial

Menjívar Ochoa, M. (2004). *De ritos, fugas, corazas y otros artilugios: Teorías sobre el origen del hombre o de cómo se explica la génesis de la masculinidad*. Recuperado el 02/09/12 del sitio web de la Publicación electrónica de Cuadernos Digitales. Historia, archivística y estudios sociales de la Universidad de Costa Rica. Escuela de Historia.: http://historia.fcs.ucr.ac.cr/cuadernos/c-25his.htm#_ednref40

- Montañés Serrano, M. (2009). *Metodología y técnica participativa. Teoría y práctica de una estrategia de investigación participativa*. Barcelona: Editorial UOC
- Nueva guía sobre el trastorno mental grave (2012). Unitat per a la Integració de Persones amb Discapacitat. Recuperado el 06/09/12 de <http://noticias.universia.es/ciencia-nn-tt/noticia/2012/07/10/949370/nueva-guia-trastorno-mental-grave.html>
- Pascual, J., Frías, D. y García, F. (1996). *Manual de psicología experimental. Metodología de investigación*. Barcelona: Editorial Ariel, S. A.
- Ramos Bernal, A. (2010). *Stop al estigma sobre la enfermedad mental*. Alicante: Editorial Club Universitario
- Reyes, P. (2007). El potencial relacional del Arteterapia en la Intervención psicoterapéutica temprana de la psicosis. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 10. Recuperado el 04/09/12 del sitio web de la Universidad Complutense de Madrid. Revistas científicas complutenses: <http://revistas.ucm.es/index.php/ARTE/article/view/ARTE0707110109A/8934>
- Ritzer G. (1997). *Teoría Sociológica Contemporánea*. México: McGraw-Hill
- Roth, U. (2010). Entre Arte y Psiquiatría. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 12. Recuperado el 30/08/12 del sitio web de la Universidad Complutense de Madrid. Revistas científicas complutenses: <http://revistas.ucm.es/index.php/ARTE/article/view/ARTE1010110013A/8698>
- Rudolf, S (2009). *Complejidad social y salud mental*. Montevideo: CSIC – Universidad de la República
- Ruiz Garzón, F. (S. F.) *Cómo elaborar una entrevista*. Recuperado el 21/08/12: http://www.suagm.edu/umet/biblioteca/Reserva_Profesores/linna_irizarry_educ_173/como_elaborar_entrevistas.pdf
- Sarabia, B. y Zarco, J. (1997). *Metodología cualitativa en España* (Vol. 22 de Cuadernos Metodológicos). Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas

Trastorno de pánico (S. F.) National Alliance on Mental Illness. Recuperado el 08/09/12 de <http://www.nami.org/Template.cfm?Section=Helpline1&Template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=4334>

ANEXO I

1. Cuando se le da el alta a un paciente; ¿consideras que está preparado para su reinserción en sociedad? ¿Podría seguir necesitando algún tipo de seguimiento?
2. ¿Consideras beneficioso pasar por un proceso terapéutico a los pacientes que han sufrido un trauma para poder abordarlo?
3. ¿Has vivido situaciones de violencia en el hospital? ¿Se han producido más casos entre hombres, entre mujeres, ambos?
4. En tu opinión. ¿Has notado diferencias entre hombres y mujeres a la hora de reconocer un trauma?
5. ¿Has notado especialmente dificultades en pacientes hombres y mujeres respecto al abordaje del trauma, al proceso de reelaboración y tratamiento del mismo?
6. Se dice que entre el colectivo de personas diagnosticadas de enfermedad mental, es muy común perder su identidad para convertirse en su patología. ¿Crees que esto puede afectar a la hora de hablar sobre su vida pasada?

ANEXO II

Arteterapeuta desde hace aproximadamente 8 años

Psicoterapeuta desde hace 5 años

Su trabajo en este hospital lo ejerce desde hace 3 años.

Su experiencia se remonta a 2 años como practicante del máster y 3 años como investigadora para el doctorado, en otro hospital público psiquiátrico.

El taller se realiza de forma semanal, aunque su duración ha ido fluctuando a lo largo del tiempo. Inicialmente empezó siendo de 1 hora, posteriormente se alargó a 1,30 y ha habido períodos donde por vacantes de otros profesionales del equipo el taller se ha extendido a 2 horas. Actualmente es de 1,30h.

La media de pacientes que asisten a cada sesión es de 11 ó 12. Aunque el cupo del hospital es de 15 nunca está completo.

Cuando se le da el alta a un paciente, ¿consideras que está realmente preparado para su reinserción social?

Esta es una pregunta compleja porque tiene dos respuestas, una es sí y la otra es no. En general las altas se dan una vez cumplidos los objetivos que tiene planteado el hospital de día. En general se produce cuando el paciente tiene conciencia de enfermedad, lleva, de una forma fluida su tratamiento farmacológico, ha logrado adquirir unas costumbres de vida sana y tiene un mínimo de integración en la sociedad. Podríamos concluir que sería cuando puede empezar a integrarse en la sociedad, no cuando está integrado.

Hay pacientes que salen, como en el día de hoy, con un trabajo. Generalmente no es así. Suelen salir sin trabajo y a la atención de los centros de salud, en algunos casos a centros más específicos para perfiles crónicos como puede ser Alusamen o a la clínica San Miguel para trabajar los trastornos de personalidad.

Desde el punto de vista terapéutico la respuesta es claramente no, porque estos pacientes requieren unas terapias profundas y continuadas, que les permitan realmente cambiar la posición psíquica, cosa que no es objetivo del hospital de día, que se centra exclusivamente en la reinserción después de una crisis psicótica o de una manifestación de la enfermedad mental hasta que el paciente se adecúa y se adapta a esta situación.

Esta es la pregunta que a veces presenta mayor dificultad en la intervención con los pacientes. Porque yo, como arteterapeuta y psicoterapeuta mi posición obviamente es desde este lugar, y, por lo tanto puedo visualizar que algunos de los pacientes que tenemos con un tiempo prolongado, 2-3 años podrían estar en una posición bastante adaptativa, reintegrada en la sociedad funcionalmente, cumpliendo una función laboral. Sin embargo sabemos que esto, a través de la institución pública, no se puede brindar y por lo tanto tenemos que trabajar con esta conciencia de que nuestra intervención terapéutica tiene que estar acorde y limitada a lo que el centro va a poder ofrecer y lo que el sistema va a poder también ofrecer realmente, tenemos que, de alguna manera, inhibirnos en abrir temas, y en abrir una etapa en la terapia que no podremos concluir.

Entonces sí que hay un seguimiento posterior

Hay un seguimiento posterior. Suelen verles mensual o bimensualmente un psiquiatra. En algunos casos tienen un psicólogo de seguimiento que también les puede ver 5 o 10 minutos una vez al mes, es decir, son seguimientos para mantener el equilibrio conseguido en el hospital de día. No son procesos terapéuticos.

Has vivido situaciones de violencia en el hospital?

Nunca, ninguna

De agresión?

Jamás. Ni aún con pacientes muy graves con sintomatología activa. Jamás he vivido una situación de agresión. He presenciado alguna especie de embrollo, pero más de llamada de atención, pero muy aislado, y normalmente todos los pacientes por mal que estén, cuando están tratados debidamente y reconociéndoles su capacidad humana y su capacidad individual suelen responder muy bien.

Para los pacientes que han sufrido trauma, consideras beneficioso un proceso terapéutico?

No solo lo considero beneficioso, sino que me parece fundamental, y cualquier otro tipo de intervención es prácticamente estéril. De hecho una de las pautas es que la farmacología no funciona. Son pacientes que suelen ser muy resistentes a las terapias farmacológicas, por lo tanto un trauma es una herida, una rotura del sistema de creencias del individuo, en los casos en los que el trauma se instala como trastorno, cuando se consolida, debe ser reparado en la interacción con otros.

Crees que influye el género a la hora de reconocer un trauma, el tratarlo??

Sin duda, nosotros una de las cosas que hemos detectado a través de los años de experiencia y de más de casi 300 pacientes atendidos, en los diferentes hospitales en los que he trabajado, es que prácticamente casi todos los pacientes que tenemos en los hospitales son pacientes que han vivido alguna situación traumática.

Hablamos de desarrollarse en una familia carential y violenta en muchos casos. La mayor situación traumática, que no es un tsunami, ni un huracán o un ataque terrorista. Nos referimos a una carencia, una carencia afectiva, económica, una carencia estructural básicamente, lo cual no le permite al niño desarrollar una identidad bien estructurada. Hemos visto que el porcentaje de los pacientes que llegan al hospital de día con estas características es altísimo, y aún más suelen estar agravadas en general las mujeres, por posteriores re-experiencias traumáticas desde la violencia de género.

Sin duda este ciclo de violencia trans-generacional genera enfermedad mental, no en una generación ni en dos, tal vez, pero la permanente disfunción de la estructura familiar se va presentando y agravando hasta que finalmente alguno de los elementos del grupo del sistema familiar termina quebrando. Frente a esta situación sí que hemos podido percibir que la mujer, seguramente por la propia constitución y por el lugar que históricamente ha ocupado en la sociedad tiene mayor facilidad de contactar con lo que de sí es vulnerable, con la vulnerabilidad. Por lo tanto pueden manifestar con mayor facilidad, y relatar historias de violencia, historias traumáticas, la carencia afectiva en la infancia. Sin embargo en el varón, también por su rol social; el varón no llora, el varón no debe manifestar el sufrimiento y no debe

manifestar la debilidad porque la debilidad es de mujeres, dice la sociedad. Esto sin duda les coloca en un lugar mucho más difícil de cara a las intervenciones, y solamente, o en la mayoría de los casos hay que trabajar con ellos valorando la respuesta que presenta aquí y ahora ante las situaciones, y desde allí poder intervenir deduciendo la situación que se vivió de origen. No la pueden manifestar. Sí manifiestan la vulnerabilidad devenida por la propia enfermedad. Por lo tanto hablan más en términos de enfermedad que las mujeres.

Dicen que los pacientes mentales pierden su identidad para convertirse en su patología. Lo has percibido?

Sí, yo he tenido pacientes que se han presentado diciendo, en vez de; “Hola soy Juan”, ó “Hola soy Pedro”... me dicen “Hola soy esquizofrénico”, ó “soy bipolar”. Porque es la única enfermedad en todo el espectro de la salud que sustituye al individuo. Nadie dice “Soy celiaco”, “Soy cardiaco”, “Soy...”, sin embargo cuando aparecen este tipo de enfermedades parece que lo tiñen todo, y esto todavía carga con muchísimo estigma. Entre el estigma y las dificultades que suele tener el varón y que le descoloca completamente de su rol de varón que puede con todo, que puede suministrar a la familia, a la pareja, el prototipo. Esto les coloca en una situación que de cara a la intervención terapéutica la dificulta.

Qué pautas te llevan a ti a darte cuenta de que ha habido un trastorno, que ha habido un abuso, pero que ellos no lo cuentan?

Bueno, hay veces que no podemos tener nunca la certeza.

En muchas situaciones, no vamos a saber nunca qué es lo que ha ocurrido concretamente, bien porque el paciente no tenga memoria, no tenga recuerdo, bien porque esos hechos hallan sucedido en etapas pre-verbales. Pero sobre todo algo que trabajamos en la clínica es el recuerdo. Todos nos presentamos con una historia, una narrativa que nunca es completa, nunca es lineal. Todos construimos y creemos que tenemos un relato completo de nuestra vida. Pero no es así. Recordamos parte y luego hacemos una construcción de esta historia, por un lado esos recuerdos que narramos de nosotros mismos, y por otro lado, el relato que se nos ha venido haciendo desde pequeños de lo que hacíamos, lo que no hacíamos. Hay veces que decimos, ¿pero esto yo realmente lo he vivido? o lo recuerdo o de

tantas veces que me lo contaron. Esto creo que nos pasa un poco a todos. Nuestra historia, la historia de la vida con la que nos presentamos, con la que llegamos a terapia es una construcción, por lo tanto no es tan definitivo el que sepa exactamente si eso ocurrió o si no ocurrió. Lo cierto es que el paciente manifiesta una cantidad de síntomas de posiciones en la vida que le van a ir marcando si tiene una estructura suficientemente sólida o no. Evidentemente si el paciente se presenta con una estructura interna muy desorganizada y muy desestructurada cabe pensar que puede haber una patología que haya producido semejante deterioro, pero hay situaciones en las que vemos que esa patología no está, lo que cabe pensar es que su historia de origen le ofreció la contención necesaria y percibe al mundo como lo perciben quienes han vivido situaciones de violencia intrafamiliar desde pequeños y no les permiten construirse en la conciencia, y por lo tanto persiguen el mundo como algo verdaderamente peligroso, y al otro como alguien absolutamente imprevisible.

La tranquilidad con la que vamos por el mundo es desde la certeza de que vamos a responder los unos a los otros, desde la supuesta previsión que yo tengo de cuál va a ser la conducta del que me rodea en el entorno en que estoy, pero si pierdo esa confianza, esa capacidad de previsión, el mundo se me viene insoportable, entonces cuando tengo delante a un individuo que tiene esa carencia de confianza, esa bajísima tolerancia a cualquier tipo de frustración, esa nula capacidad exploratoria, tengo que pensar que es por una cuestión patológica o por una cuestión de su biografía histórica lo cierto es que tiene una desestructuración en ese sentido a nivel identitario, una carencia en cuanto a su autoestima y su autoimagen que le hace imposible la salida al mundo. Por lo tanto; haya un hecho concreto o no lo haya, mi actuación y mi intervención se va a dirigir justamente a fortalecer esa autoimagen, esta autoestima, a tratar de reivindicar la confianza en el individuo y en el sistema y a trabajar con él este ciclo de miedo en el que se queda paralizado.

Psiquiatra

Experiencia: De residente cuatro años, mientras la especialización y de adjunto otros cuatro

En este centro una primera etapa hace 2 años y medio de 3 meses y ahora una segunda etapa de los último 4 meses

Actividades: Conducir el grupo de buenos días diario, mantener entrevistas psiquiátricas individuales con los pacientes, revisión de medicación, del tratamiento farmacológico, intervenciones en crisis, mantener entrevistas familiares, y hacer una vez a la semana el grupo de psico-educación.

Consideras que un paciente está preparado para su reinserción, para su adaptación social, para su integración, cuando se le da el alta? ¿O necesitaría un seguimiento posterior, una terapia, una observación?

Ambas respuestas son correctas. Están preparados pero necesitan continuar con un seguimiento que no sea aquí, menos intensivo.

Y se hace??

Sí si

Y se hacen seguimientos diferenciados para cada paciente?

Sí, sí

Cuánto tiempo de media está un paciente ingresado en este dispositivo??

La media está entre 3 y 6 meses

Para pacientes que han sufrido trauma consideras beneficioso un proceso terapéutico??

Sí,

Indispensable o podría ser sustituido por otra cosa?

Para poner un parche no es indispensable, para hacer una intervención más curativa sí.

Has vivido situaciones de violencia en el hospital, entre pacientes?

No. Alguna situación de tensión, como puede tener cualquiera pero nada más.

¿Crees que influye el género a la hora de reconocer un trauma?? De hablar sobre ello?

Sí, sí me parece.

¿Has visto casos?? Aunque sea en otros hospitales, ya que aquí llevas poco tiempo.

Sí. Más que ver las diferencias veo que las mujeres tienen más facilidad para hablar de ello y hay más pacientes mujeres, o yo he visto más.

Y una vez que reconocen el trauma, que han hablado de ello y se han dado cuenta de que eso ha influenciado en su vida ¿A la hora de abordarlo, de trabajarlo, también hay diferencias?

Ahí es más difícil responderte porque, pero bueno, quizá las mujeres sí... yo creo que una vez que hay más mujeres que consultan por ello, más que lo reconocen, pues también más que lo trabajan.

Psicóloga

15 años de práctica

4 años en el centro y algunos meses. Lo que lleva abierto

Diversas actividades, porque bueno, lo que hace un psicólogo en un hospital de día. Entrevistas individuales, entrevistas familiares y abordajes familiares también. La terapia de grupo que la llevo yo con los pacientes, participo algunos días en el grupo de buenos días. Tenemos la reunión grupal de todos los profesionales donde ponemos a punto la evaluación de los pacientes, los objetivos que nos planteamos con ellos. Vamos revisando si se cumplen o no, si está ya cerca un alta... Son varias.

¿Cuándo a un paciente se le da un alta consideras que está preparado para su reinserción?

Depende. No todos los pacientes son iguales. Hay pacientes que están más preparados que otros. Algunos como el que se va hoy se va con trabajo y con una estabilidad sintomática muy buena, pero hay otros que no, que requieren mucho tiempo, requieren pasar por otros dispositivos, como puede ser un centro de rehabilitación psicosocial o laboral antes de poder realmente incorporarse a formar parte de una manera más adaptada de la sociedad.

Cuánto tiempo de media están los pacientes más o menos

En este momento no lo sé exactamente, pero la última estadística rondaba una media aproximada de 6 meses.

Consideras beneficioso el proceso terapéutico a pacientes que han sufrido un trauma?

Que si se benefician los pacientes que han pasado un trauma de un proceso terapéutico?

Sí, claro.

Yo creo que es lo único que puede hacerse para ayudarles. Pasar por un proceso terapéutico. Es que otra cosa solo alivia síntomas, no les ayudaría a elaborarlos y a poder realmente conseguir una vida bastante digna.

Has vivido situaciones de violencia o agresión en el hospital?

Agresión física solamente una vez entre dos pacientes mujeres, hasta que llegamos y las separamos. Pero fue el único caso.

Ha habido otros casos de pacientes que les puede costar más contener una reacción, como por ejemplo los trastornos de personalidad que a veces han dado un puñetazo o un cabezazo a una puerta, una pared, pero nada relevante, sin romper nada, simplemente de descarga

Y ese tipo de agresión ¿en quién lo ves más en los hombres o en las mujeres??
Notas diferencias?

Es algo particular de cada paciente. En general en todos los hospitales es más fácil que lo expresen los varones, pero aquí diría que es casi parejo o ganan las mujeres en la expresión de las mismas.

En la particularidad de este hospital, en este tiempo de apertura, las veces de golpearse cabezas contra las paredes he visto más a mujeres, y algunos casos de varones de dar algún puñetazo a alguna pared o levantarse en algún momento puntual. Los equipararía. Y en el caso de pegarse entre sí, el único caso que ha habido, han sido mujeres.

A la hora de reconocer un trauma en la infancia, de lo que han vivido, crees que influye el género??

Es difícil que se hable de ello, necesitan tiempo para poder hablar, a veces necesitan tiempo porque ni siquiera lo tienen en la conciencia. Hay decisiones que se hacen para poder recordar episodios traumáticos y no se puede hablar de lo que no se tiene conciencia, aunque hayan existido, y son las mujeres las que suelen hablar de ello, sobre todo cuando se trata de abusos sexuales. Lo hacen al momento. Los varones están mucho más encapsulados, mucho más cerrados y tienen determinados silencios, determinadas lagunas, síntomas. Es muy difícil que hablen de ello abiertamente.

¿Qué indicios te llevan a detectar que sí que ha existido pero que no hablan de ello?

Varían mucho de un varón a otro. No todos lo expresan igual, en algunos casos hay como una inhibición para expresar la agresividad. Hay en algunos casos donde la definición de la sexualidad no está clara en estos varones, en la mayoría de ellos ha habido una elección homosexual o una dificultad para definir la sexualidad o una orientación clara. O una inmadurez que, directamente no hayan tenido nunca una relación sexual pese a ser varones ya adultos. Además normalmente son casos con una dificultad en la relación con la figura paterna.

Y también es más difícil su elaboración en profundidad con los hombres, en los casos que reconozcan ese trauma o esa situación?

No recuerdo casi ningún caso, pero pienso que requeriría mucho más tiempo. Son procesos terapéuticos que luego tendrán que continuarse fuera de la hospitalización. Con las mujeres se puede trabajar, aunque lleve tiempo, de otra manera. Yo creo que influye la visión de la sociedad, en cuanto que un hombre parece que queda cuestionada su virilidad si reconoce algún tipo de abusos o si otro hombre ha sido más poderoso que él, en ese sentido juegan otras variables.

O si es una mujer.

Sí, hemos tenido algunos casos de abusos de madres cuando eran pequeños. Pero ahí en muchas ocasiones en realidad la dificultad ha sido reconocer que esos han sido abusos por parte de ellas. Hay que tener en cuenta que ha sido producido por la persona en la cual depositan toda la protección que han tenido de pequeños. La dificultad es diferenciar o discriminar qué es el afecto, qué es el amor y qué es el abuso.

Entonces parece que sí que lo llegan a reconocer como tal.

No. Lo que han hecho es comentarios sobre situaciones que se valoran como situaciones de abuso, que la misma madre ha podido decir en algún caso con mucha angustia de determinados hechos, pero que para los varones queda dentro de lo que es el ofrecimiento corporal afectivo de las madres hacia ellos.

Enfermera

31 años

10 años ejerciendo de enfermera

2 años en el centro. Terminé la especialidad de salud mental, y al poquito me incorporé aquí.

Llevo la consulta de enfermería, control de tratamientos, inyectables, orales... todo lo que es de un plano más físico y más de cuidados sobre la salud directa del paciente, no solamente mental, además colaboro en grupos de terapia y en grupos de educación sanitaria y habilidades sociales.

Cuándo se le da el alta a un paciente consideras que está preparado para su reinserción o necesitaría algún tipo de terapia posterior??

Depende el caso, hay pacientes que se van bastante bien, porque cada uno tiene unos objetivos terapéuticos distintos. Cuando se le da el alta a un paciente normalmente se intenta que se vaya en las mejores condiciones como para tener un funcionamiento normalizado fuera.

En cuanto al seguimiento siempre se intenta coordinar su alta con el centro de salud mental que le corresponda para que le sigan haciendo revisiones y controles periódicos. Nunca se deja salir a un paciente sin ningún tipo de contención fuera. Otros pacientes necesitan otro tipo de acompañamiento por sus condiciones. Otros se incorporan a otro tipo de dispositivo como la clínica San Miguel en el caso de los Trastornos de Personalidad. Es decir, que depende de cada paciente, el diagnóstico y la medicación.

Normalmente intentar que se vayan cada uno con lo que necesita. Por ejemplo, hoy le hemos dado el alta a un chico que se va de alta total y se incorpora a trabajar directamente, pero hay pacientes que no se incorporan a trabajar, entonces los incorporas a otro dispositivo para que mejoren y acaben funcionando de una forma normalizada.

¿Consideras beneficioso pasar por un proceso terapéutico a los pacientes que han sufrido un trauma en la infancia?

Sí, claro. Normalmente este tipo de pacientes con el tiempo debutan algún tipo de enfermedad mental y necesitan algún tipo de tratamiento psicoterapéutico. Considero que es la base para tratar este tipo de patologías, igual que para una diabetes se acaba poniendo la insulina, para un trauma psicológico una terapia.

En muchísimas patologías, siempre hay condiciones muy traumáticas en la infancia y condiciones muy desfavorables que han vivido estas personas a lo largo de su vida, alcanzaríamos a decir que podrían estar unidos, los traumas al desarrollo posterior de una enfermedad mental. Aunque no siempre, ya que hay quien tiene las herramientas suficientes para superarlo bien y hay quien se quiebra en el camino.

¿Has vivido situaciones de violencia en el hospital??

Yo no hablaría de violencia dirigida ni de algo personal hacia los otros, pero sí que es verdad que situaciones de agresividad de pacientes que están incontinentes y en un momento dado sí que se viven.

Y si pudieras englobar un poco qué tipo de personas son las más propensas a esas situaciones. ¿Hombres o mujeres?

Indistinto. Yo no sé si existe alguna estadística que diga que los hombres son más propensos a generar esas situaciones que las mujeres, pero desde mi experiencia yo he vivido situaciones conflictivas aquí tanto con hombres como con mujeres de la misma manera. Es verdad que los hombres a veces generan esas situaciones, lo manifiestan de una forma más física que las mujeres. Pueden generar situaciones de, por ejemplo, golpear el mobiliario. Y las mujeres son más de una incontinencia verbal, una agresividad más verbal.

Yo sí he vivido esas situaciones y te las podría clasificar así, pero vamos indistintamente, unos y otros, ni dependiendo de la patología, no hay patologías que digas estos son los agresivos y estos no. Una esquizofrenia, un trastorno de personalidad, da lo mismo.

¿Podrías señalar la causa de este tipo de situaciones?

La causa de este tipo de situaciones es la gravedad y la evolución del cuadro del paciente, un cuadro psicótico puede sentirse amenazado en un momento dado y generar una situación de agresividad y no es voluntaria ni personal hacia el personal por algo, es porque se siente amenazado y es su forma de defenderse. Y el paciente que por otro tipo de patología, pues se sienten agredidos, verbalmente o por lo que le digamos y responden, pero normalmente son cuadros que están mal estabilizados todavía a nivel farmacológico y son cuadros graves.

Crees que influye el género del paciente a la hora de reconocer un trauma?

Yo, desde mi observación en la terapia de grupo, te puedo decir que depende un poco de la patología y de la personalidad de cada uno, seas hombre o mujer. Hay trastornos de personalidad, hombres que les cuesta mucho hablar de estas cosas, y lo expresan a su manera, y hay hombres, por ejemplo psicóticos, que también han vivido traumas y lo expresan de una manera más natural, por ejemplo, pero también te puedes encontrar mujeres psicóticas que les cuesta mucho hablar de sus traumas y mujeres con trastorno de la personalidad que no. Yo no haría distinción. No, yo creo que influye sobre todo la personalidad de cada uno.

Y las patologías tampoco??

Sí, hay patologías en las que se desinhiben más o viven las cosas de otra manera. Pero dentro de un paciente hombre o mujer, con la misma patología puede cambiar mucho cómo expresen su trauma o sus vivencias. Yo hablaría de personalidad

Has notado dificultades a la hora de elaborar cada caso una vez que ya ha reconocido el trauma, entre hombres y mujeres?

Yo creo que una vez que hablan de este trauma sienten un alivio tan grande que están deseosos de trabajarlo y de sacárselo de encima. Y es cuando mejor empiezan a trabajar, aunque, puede haber los dos casos. Abren el trauma y se quiebran, e incluso se desenganchan del hospital de día porque es algo tan doloroso para ellos que les da vergüenza volver a trabajarlo, eso ha pasado alguna vez, muy rara vez, o se cierran de los grupos, y participan menos, les cuesta mucho más. O el

caso contrario que una vez que lo abren es como la caja de pandora y empiezan a largar y lo que quieren es aliviarse.

Pero entre género yo no haría distinción. Quizá, es que yo he encontrado a hombres que son muy negadores y mujeres que son muy negadoras. También hombres que hablan de sus problemas tal cual y mujeres también, así que no.

No me gusta hacer esa clasificación, esas distinciones.

La tendencia suele ser que el hombre es más abierto, le cuesta menos hablar de esas cosas lo intenta naturalizar todo más, pero si hablamos de traumas graves, entonces no haría distinción de sexos.

Terapeuta ocupacional

Experiencia: 8 años

4 años en el centro. Desde su inauguración

34 años

Actividades que realiza: Relajación, taller de prensa, taller de horticultura, taller de musicoterapia, taller de deporte y actividad física, taller de video fórum, y luego asistencia individual, lo que son tratamientos individuales en coordinación con el equipo terapéutico

Cuando se le da el alta a un paciente, ¿consideras que están preparados para su reinserción? O consideras que necesitarían un seguimiento posterior?

Depende. Varía muchísimo en función de cada caso. En la mayor parte de los casos sí, suelen estar bastante preparados, pero hay casos en los que no puedes llegar a abordar todo lo que el paciente necesita trabajar, la gente hay veces que no se siente capaz y necesita un segundo reingreso, por falta de conciencia de enfermedad, por falta de tiempo de tratamiento o porque no está en un momento vital que le permita trabajar determinadas cosas en muchos casos en los cuales no puedes. En general se suelen marchar de este dispositivo con un nivel bastante

bueno y bastante en funcionamiento. De hecho muchísimos pacientes suelen irse ya con trabajo, lo cual ya es bastante significativo para nosotros el grado de reinserción alcanzado, pero bueno, no todo el mundo, hay mucha gente que por sus circunstancias o porque no hemos conseguido llegar a ese nivel necesita un reingreso para marcharse bien, o pueda trabajar todo lo que tiene que trabajar aquí.

Y los casos que dices que a lo mejor sí que necesitan ese tipo de seguimiento, se lleva a cabo?

Sí, normalmente todos los pacientes que vienen aquí, siguen atendidos por su psiquiatra en el Centro de Salud Mental. Por ejemplo, el chico que se va hoy ya tiene cita con su psiquiatra para el día 30.

Pero este chico que se va hoy, parece se va con trabajo, y bastante bien?

Aún así se va con sus revisiones. Con su psiquiatra en el Centro de Salud Mental, y si el psiquiatra dentro de un tiempo ve que está consolidado, según su patología y sus condiciones, y decide darle da alta, bien, pero sigue en seguimiento, incluso algunos están en programa de continuidad de cuidados, tienen el equipo de apoyo socio-sanitarios, de ahí normalmente todos se van con un seguimiento.

En los casos de los pacientes que han sufrido trauma consideras que es beneficioso el proceso terapéutico?

Sí, claro, aunque no se puede generalizar. Diría que hasta cierto punto, porque luego hay gente que no, depende mucho del cuadro, no es lo mismo un psicótico que un trastorno de personalidad, pero en general sí suelen beneficiar bastante tanto del proceso terapéutico como del ambiente del hospital de día, de la interacción con los profesionales, con otros pacientes, eso es muy importante para ellos, el entorno grupal también.

Has vivido situaciones de violencia o agresión en el hospital?

Sí. Física y verbal, de las dos

Hacia ti o entre ellos?

De todo, aunque no mucho, en cuatro años, se habrán dado 8 ó 10 situaciones. No es lo habitual. Yo creo que este hospital de día tiene una dinámica de trabajo muy

particular, que es muy buena y muy contenedora porque resulta un elemento de contención que se reduce bastante el tema de la violencia y de la agresividad. Porque el ambiente grupal es muy preventivo. Pero sí ha habido situaciones de violencia en el hospital, no muchas, y la mayoría leves, pero sí, alguna ha habido.

Y podrías clasificar, de forma global, si esas situaciones de violencia las producen más los hombres o las mujeres

Un poquitín más hacia la violencia física los hombres, pero ellas por ejemplo... hemos tenido desde chicas peleándose en el pasillo, hasta contenciones de hombres, hasta intentos de suicidio. Los hombres suelen ser más físicos, pero vamos que las mujeres también, yo no he visto una gran diferencia, pero claro como son pocos casos tampoco se puede hacer un afirmación así. En resumen diría que las chicas un poco más en lo verbal.

Y a la hora de hablar sobre un trauma, de reconocerlo, también notas diferencia en cuanto a si es hombre o mujer?

Sí, yo creo, que los hombres son un poquitín más cerrados, les cuesta un poco más, quizá porque los chicos somos tendentes a evitar nuestros sentimientos. Yo creo que sí, que lo reconocen más que en grupal, en individual.

Pero llegan a reconocerlo?

Sí, pero en individual.

Y una vez que reconocen el trauma, que lo dicen, a la hora de la elaboración, notas diferencias?

No, yo ahí no he notado mucha diferencia, creo que tiene que ver más con las características más personales y del cuadro, de sintomatología que con el género.